

Gastos com internações compulsórias por consumo de drogas no estado do Espírito Santo

Expenditures on compulsory hospitalizations due to drug use in the state of Espírito Santo

Fabiola Xavier Leal¹, Maria Lúcia Teixeira Garcia¹, Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai¹, Lara da Silva Campanharo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112910

RESUMO A internação compulsória pelo consumo de drogas vem sendo problematizada no campo da política de saúde mental e expressa a luta entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)/princípios da Reforma Psiquiátrica versus os interesses privados de remanicomialização. O artigo objetiva analisar os gastos com internações compulsórias por consumo de drogas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (ES), entre 2014-2019, buscando identificar a sua destinação. Apresenta breves reflexões sobre o direito à saúde e a disputa pelo fundo público. Trata-se de pesquisa documental com levantamento de dados no Portal de Transparência do ES. Foram utilizadas a análise estatística descritiva e a análise de conteúdo categorial. Os dados evidenciam as disputas pelo Fundo público e que isso não é um processo evidente para a sociedade. Os embates entre Executivo e Judiciário em torno do direito de acesso ao tratamento da saúde são pontos que precisam ser problematizados.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Gastos públicos com saúde. Transparência dos gastos.

ABSTRACT *Compulsory hospitalization due to drug use has been questioned in the Mental Health Policy and expresses the struggle between the principles of Unified Health System (SUS)/Psychiatric Reform versus the private interests about remanicomialization. This paper analyses expenditures on compulsory hospitalizations due to drug use carried out by the State Health Secretariat of Espírito Santo (ES) between 2014 and 2019 and aims to identify its allocation. It outlines brief reflections on the right to health and the disputes over public funds. This is documentary research with data gathered from the ES Transparency Portal. Descriptive statistical analysis and categoric content analysis were used. The data show disputes over public funds and that this is not a transparent process to society. The struggles between the Executive and the Judiciary over the right of access to health treatment are points that must be discussed.*

KEYWORDS *Mental health. Public expenditures on health. Cost transparency.*

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
fabiola.leal@ufes.br

Introdução

O tema da Internação Compulsória (IC) vem sendo problematizado no campo da política de saúde mental no mundo, no Brasil e no Espírito Santo (ES)¹⁻⁴. Às vezes colocada como algo novo, a internação compulsória é um fenômeno antigo. Segundo texto da European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General⁵, a internação involuntária ou compulsória de pessoas em sofrimento mental é citada e envolve debates jurídicos e éticos há mais de 100 anos. O que aparece mais recentemente é a IC de pessoas sob a justificativa de consumo de drogas.

Embora existam definições diferentes de tratamento psiquiátrico forçado ou obrigatório, esse termo geralmente é usado quando alguém é submetido a tratamento médico contra sua própria vontade. O tema é reconhecido em termos de legislações nacionais e internacionais, problematizando o direito à saúde na perspectiva dos direitos humanos. Nesse sentido, a psiquiatria representa uma clara exceção, porque outros campos médicos geralmente não permitem o tratamento forçado. Os tipos de tratamento forçado a pessoas variam e não ocorrem apenas em hospitais – alguns podem ser forçados a tomar substâncias psicoativas em outras instituições, inclusive em sua própria casa. O tratamento compulsório pode ser definido como uma ação que, em tese, aumentaria a probabilidade de as pessoas iniciarem e se manterem em tratamento⁶. As regras para aplicação do que se convencionou denominar ‘tratamento’ variam de país para país. Essas medidas são ordenadas pelo tribunal, com base nas avaliações de profissionais médicos em geral. Em alguns países, é necessária mais de uma opinião, e, em outros, apenas uma é suficiente. A IC envolve, ainda, as perspectivas, muitas vezes conflitantes, entre quem indica a internação – profissionais de saúde e judiciário – e quem é alvo da ação e terá sua liberdade limitada pela internação. As pessoas submetidas ao tratamento coercitivo o experimentam como uma limitação grave de

sua liberdade pessoal. Muitos se sentem ameaçados pelas decisões tomadas sobre suas vidas sem o seu consentimento. Conforme Lunze et al.¹, na maioria dos sistemas jurídicos, a base do tratamento obrigatório é a presunção de que a pessoa em questão representa um risco para si mesma ou para os outros.

Evidências globais indicam que a internação obrigatória para aquilo que se denomina como ‘dependência química de drogas’ entra em conflito com os direitos humanos das pessoas que consomem drogas e não é eficaz quando se fala de um possível ‘tratamento’². Esses autores, em revisão de literatura, destacam que não há “[...] scientific literature evaluating compulsory drug treatment”²⁽²⁾. E acrescentam:

given the potential for human rights abuses within compulsory treatment settings, non-compulsory treatment modalities should be prioritized by policymakers seeking to reduce drug-related harms²⁽²⁾.

A despeito da ausência de evidências de sua eficácia e efetividade, o discurso de defesa desse procedimento continua. Em termos legais, a internação sem a concordância do paciente está prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira – nº 10.216/2001⁷ –, conforme artigos 4º, 6º e 9º, desde que seja indicada quando os recursos extra-hospitais se mostrarem insuficientes, em qualquer de suas modalidades. A internação compulsória, segundo essa lei, é definida como aquela determinada pela Justiça, e se diferencia da internação involuntária (que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro)⁷.

Coelho e Oliveira⁸ alertam que, nos moldes que vêm sendo requeridas essas internações, há uma violação dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde, que também são considerados espécies de direitos humanos fundamentais. Considerando que a ciência do direito é baseada no princípio da legalidade, especialmente no que tange à privação de liberdade, a IC está determinada somente para os casos previstos na legislação

vigente no Brasil. Ou seja, deve basear-se nas hipóteses da Lei de Execução Penal (LEP) (art. 99 a 101)⁹ e do Código Penal (art. 96 e 99, redação dada pela Lei nº 7.209)¹⁰. Esses artigos versam sobre a IC de ‘portadores de doença mental’ quando cometem algum ato definido como crime pela legislação penal. Nesses casos, serão recolhidos aos hospitais de custódia em vez de serem encaminhados para a prisão⁸.

Mas, se forem trazidos os elementos a partir da guerra às drogas (demarcada temporalmente no início do séc. XIX e que se reconfigura ao longo dos séculos XX e XXI)¹¹, pode-se dizer que as razões para que esse público passasse a ser alvo de internações forçadas são as mais diversas e englobam diferentes interesses. Ganham destaque dois principais discursos: o do estatuto médico-jurídico, que fortalece o modelo biomédico como principal paradigma científico, com uma determinada concepção de corpo destituído de seus determinantes sociais, culturais, raciais e de gênero¹²; e o discurso moral-legal, que apresenta como alternativa de superação a estratégia dada pela via da fé. Nessa perspectiva, há um crescimento de clínicas psiquiátricas que se apresentam como alternativas às dificuldades de acesso de vagas no sistema público. No caso brasileiro, esse discurso se constitui em uma conjuntura de expansão das igrejas pentecostais – principais organizadoras das Comunidades Terapêuticas Religiosas (CTRs).

Aqui, destacam-se o crescimento e o fortalecimento de dois tipos de instituições, em um contexto de remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental em curso no País, que integra um projeto geral de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Assim, defende-se a tese de que os gastos com IC de pessoas que consomem drogas expressam em si a luta entre os princípios do SUS público e universal e os da RP brasileira antimanicomial versus os interesses privados de remanicomialização.

Visando a decifrar esse fenômeno, este texto apresenta reflexões articulando as instituições que realizam a IC, o direito à saúde e a disputa pelo fundo público. Mais adiante, serão

apresentados os procedimentos metodológicos e a análise sobre os gastos com as ICs no ES. O artigo, portanto, tem como objetivo analisar os gastos com internações compulsórias por consumo de drogas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa), entre 2014-2019, buscando identificar a sua destinação. Ou, como nos dizeres de Gilson Carvalho¹⁴, pergunta-se: para onde vai o dinheiro da IC no ES?

Parte-se da tese de que se, por um lado, há uma disputa entre os que defendem a RP com a oferta de cuidado pelo SUS pela redução de danos e os que defendem as internações focadas em abstinência; há, por outro lado, as disputas no próprio campo dessas instituições privadas. Ou seja, clínicas psiquiátricas disputam financiamento com as Comunidades Terapêuticas (CTs), e ambas possuem aliados e apoiadores nas três esferas de governo, como em diversas associações do campo não governamental.

As instituições privadas de internação compulsória e a disputa pelo fundo público

As CTs no Brasil têm pressionado o Estado para acesso ao fundo público¹⁵, sendo apoiadas por uma bancada evangélica¹⁶ no Congresso Nacional¹⁷. A constituição e o fortalecimento dessas frentes e federações ocorreram no contexto do governo Dilma (1º e 2º mandatos), que defendeu a ideia de uma ‘epidemia’ de crack, fortalecendo o discurso moral e conservador.

Há, também, a ação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que advoga a ausência de evidência científica da eficácia do tipo de tratamento ofertado nas CTRs, mas defende uma perspectiva tradicional centrada no modelo biomédico. Ou seja, a ação das CTs se dá não pela ausência de comprovação científica da proposta de ‘tratamento’ preconizada por elas, mas, sobretudo, pela disputa de recurso público, de modo que, em torno da abstinência – defendida por CTs e ABP –, o que as difere é o discurso explicativo do fenômeno adotado por cada uma.

Soma-se a isso a ‘nova’ Lei sobre drogas de 2019 (Lei nº 13.840)¹⁸, que considerou somente dois tipos de internação no art. 23A (§ 3º): a voluntária e a involuntária. Não utiliza no texto a palavra ‘compulsória’, mas mantém a ideia de que essa segunda modalidade – involuntária – se dá sem o consentimento da pessoa, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional sobre Drogas, determinando como deve ocorrer (§ 5º). Essa lei veda a realização de qualquer modalidade de internação nas CTs (§ 9º)⁶. Ou seja, essas normativas sinalizam a postura do governo brasileiro com relação ao tema por meio de diversas prerrogativas, entre elas: a não liberação de qualquer droga no País, a IC de usuários crônicos e mais rigor na punição para pequenos traficantes.

Desde a Lei nº 11.343¹⁹, que ainda está em vigor (mesmo com algumas revogações e alterações pela Lei nº 13.840/2019¹⁸), a atenção e a reinserção social do usuário e do dependente de drogas podiam ser realizadas tanto pelos serviços do SUS quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos (art. 3º). Ou seja, essas instituições, como as CTs e as clínicas psiquiátricas, tornaram-se elegíveis a subsídios públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros (art. 24).

Evidencia-se uma diacronia na direção das políticas implementadas pelo Estado brasileiro no campo da saúde mental, e, mesmo com a ampliação do sistema público, conserva-se o setor privado como complementar, de modo que se acirra a disputa pelo fundo público²⁰ por instituições privadas, o que pode levar a um desfinanciamento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Isso porque o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas, sendo essencial tanto para a esfera da acumulação produtiva quanto para as políticas sociais, particularmente, da seguridade social. O fundo público, portanto, tem um papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social²¹.

O financiamento da saúde mental brasileira está longe de alcançar a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (5% do orçamento geral da saúde)²². E mais, o Ministério da Saúde (MS) informa que a rede de serviços existente cobre 72% da demanda da área²³, fazendo com que o princípio da universalidade de acesso seja negado cotidianamente. Esse histórico subfinanciamento da política de saúde (e da saúde mental) sofre uma nova inflexão: a Emenda Constitucional 95, que impõe um processo de desfinanciamento da saúde²⁴, com o congelamento dos gastos sociais pelo período de 20 anos. Com isso, esse contexto de fortes ataques aos direitos sociais somente exacerba as contradições e os efeitos deletérios da crise do capital, a qual atinge de maneira mais explícita algumas camadas da classe trabalhadora.

E as pessoas que consomem drogas e que demandam intervenção no campo da saúde se inserem nesse cenário, sendo ofertada a elas, em muitos casos, a IC, a qual se consolida como principal alternativa, apresentando uma dimensão invisível da questão do consumo de drogas, nem sempre fácil de ser identificada fora dos muros dos serviços que realizam esse procedimento ou das salas do judiciário. Esse espanto hoje com o chamado crescimento dessas ICs é, em verdade, a visibilidade parcial que elas assumem no momento presente. Parcial porque se subsume aí que devem-se decifrar as lógicas do capital, sua expansão predatória e sem limites, decifrar e apreender as determinações desse tempo de barbárie²⁵.

O direito à saúde implica a oferta de serviços e insumos de assistência à saúde, tendo a natureza de um direito social comportando tanto uma dimensão individual quanto coletiva para sua realização. Há um reconhecimento desse direito à saúde como relativo à dignidade humana, de modo que a sua incorporação nas leis, nas políticas públicas e jurisprudências espelha, também, as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, o modo como isso deve ser alcançado, os direitos da população, as responsabilidades do Estado,

entre outros fatores²⁶. Na realidade brasileira, o direito à saúde está previsto expressamente como um direito social na Constituição Federal (CF) de 1988, no art. 196²⁷, conforme o conceito ampliado de saúde formulado pela VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986⁵.

Nesse cenário, a demanda judicial no âmbito da saúde reflete uma tentativa de aproximar ou de efetivar um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance²⁸. Longe de pretender esgotar o tema, reconhece-se, assim, que o termo ‘judicialização’ é polissêmico²⁹, e busca-se aqui uma aproximação com o debate sobre o direito à saúde e a judicialização da vida, quando o objeto em questão é a saúde mental. Entretanto, a reflexão não se esgota nesse debate. Isso exige compreender não somente as consequências práticas das decisões judiciais sobre demandas individualizadas, mas, também, como a Corte tem buscado definir quais valores atualmente contextualizam o direito à saúde³⁰.

Nessa tentativa, o uso da IC, sob o argumento de salvaguardar a pessoa usuária de drogas, na perspectiva de garantir a sua saúde, tem sido a principal justificativa apontada tanto pela justiça quanto pelos profissionais de saúde. Entretanto, como ressalta Ventura et al.²⁸, a ampliação dessa atuação do Sistema de Justiça tem repercussões não somente sobre a vida do indivíduo alvo da medida, mas sobre a gestão. Há um risco de se desenvolver a via judicial como principal meio para se garantir o acesso ao ‘tratamento’ e, nesse sentido, causar prejuízos significativos à efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde³¹.

Um elemento dessa passagem da saúde para o direito à saúde é que este último comporta a satisfação de uma dimensão individual ou privada. Individual no sentido de respeitar as subjetividades, os direitos e as liberdades pessoais, e coletiva no sentido de assegurar que esse bem-estar individual tenha um custo aceitável para a sociedade. Ou seja, ao se tentar conciliar interesses individuais e coletivos a partir do cumprimento dos deveres do Estado de proteção da saúde de todos e de cada um,

podem ser necessárias restrições à liberdade de alguns, em prol de um determinado bem coletivo ou interesse social. A questão polêmica nessa conjugação é a legitimidade da norma que restringe a liberdade individual, correlacionada à ideia do que se entende por uma lei justa. O Poder Judiciário, ao se relacionar com o Poder Executivo, demandando que este cumpra uma determinada medida, tem provocado uma forte tensão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do poder judicial, para decidir sobre o modo como o Executivo da saúde deve cumprir sua tarefa²⁸. Com o agravo de que a justiça, de forma geral, limita-se a determinar o cumprimento da medida indicada por quem reivindica, respaldada por uma prescrição médica.

De maneira geral, essa discussão tem sido feita em diversos estudos sobre a judicialização da saúde, dando destaque para os que enfatizam os efeitos negativos desse tipo de demanda na gestão das políticas de saúde. Aponta-se que esse tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos³²⁻³⁴. Outros estudos³⁵ apontam as deficiências e insuficiências dos sistemas de saúde e de justiça brasileiros para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde. Porém, na visão adotada neste artigo, o fenômeno envolve outros aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de componente jurídico e de gestão/governabilidade dos serviços públicos. Esse debate deve ser feito considerando-se os princípios da integralidade da atenção, da universalidade do acesso e da bioética, tão caros ao SUS.

O próprio Poder Judiciário tem se preocupado com esse fenômeno e tem proposto algumas medidas para debater e encaminhar o tema da judicialização na saúde³⁶, muito motivado pelas demandas de medicamentos de alto custo. E no debate jurídico atual, há diversas posições sobre a eficácia do direito à

saúde e sobre as análises acerca das possibilidades de atuação do Judiciário na determinação de medidas a serem cumpridas pelo SUS. Podem-se destacar algumas: a) uma posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público; b) outra defende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta da medicina, que emite seu parecer na ação judicial; c) e outra posição compreende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado²⁸.

Essa terceira posição, para Leivas³⁷, é a que se revela mais adequada à compreensão entre saúde e direito na busca de garantir ao cidadão o acesso à justiça e à saúde. Nesse caso, cabe ao/à juiz/a levar em conta vários aspectos, como, por exemplo: se as alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS dão conta de atender às necessidades de quem demanda; e se a prescrição médica individual requerida, comparada ao que há disponível no SUS, está respaldada por evidências científicas. Essa posição, que parece ser a mais adequada para outros autores, também pode ser favorável à própria redução da demanda judicial. É a partir de uma falsa ideia de epidemia de uso de crack que se justificam as decisões judiciais das internações tratadas aqui.

Se houver compreensão de que o consumo de psicoativos (drogas) é cultural, as motivações para esse uso respondem a inúmeras necessidades sociais. Essas motivações são socialmente determinadas e transformam o modo como os indivíduos se relacionam com os diferentes psicoativos, alterando seu significado e os padrões de consumo. Portanto, esse uso pode se dar de diferentes formas: associado a indicações cientificamente comprovadas; decorrer de autoadministração; ser esporádico; ocasional; recreativo; nocivo. Portanto, para fins deste artigo, não serão abordadas essas

diferenciações (mais comumente apontadas como ‘uso e abuso’), entretanto, é preciso considerar que o ‘uso nocivo ou não’ de psicoativos resulta de interações que envolvem a substância, o indivíduo e as condições sociais particulares. E que o paradigma da proibição das drogas, ao dualizar o que é lícito e ilícito, interdita os indivíduos em seus consumos pelo preconceito e pelo estigma, focando na excessiva repressão às drogas (e aos sujeitos que se relacionam com elas), não importando a relação do indivíduo com as drogas e pressupondo que há uma demanda para intervenções em qualquer situação. De forma contrária, pela redução de danos (alicerçada no SUS), há o princípio do respeito aos usuários de drogas pelo direito às suas drogas de consumo. Direito esse, algumas vezes, resguardado na própria legislação em vigor, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum, proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância, ainda que supostamente lhe sejam nocivas, como é o caso da Legislação Brasileira e de muitos outros países^{38,39}.

Cabe, portanto, questionar, nesse contexto normativo (e que se relaciona com uma determinada concepção sobre esse uso de drogas), se a população, ao acessar o Judiciário e inflacionar o Executivo com as demandas excessivas por IC, gera ineficiência às gestões ou se essas gestões são ineficientes anteriormente no que se refere à oferta de serviços da Raps, ainda que somente isso não seja o único determinante. E, ainda, se esse fenômeno no campo da saúde mental, em específico, pela questão das drogas, pode ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre o acesso aos direitos à saúde ou se tem sido um recurso que acaba por violar outros direitos.

Metodologia

Trata-se de pesquisa documental com levantamento dos dados disponíveis no Portal de Transparência do Espírito Santo⁴⁰, ferramenta

desenvolvida em 2009 para divulgar os dados públicos necessários para o exercício do controle social. No portal, acessaram-se dados referentes aos pagamentos de internações de pessoas que usam drogas por medida judicial – ‘leitos para transtornos mentais e dependência química’. Foram levantados dados sobre

a internação: tempo de internação, dados da instituição e o valor pago para cada uma. Como procedimento ético, qualquer dado de identificação do sujeito foi resguardado de forma a garantir-se o anonimato dessas pessoas. Também foram organizadas as normativas que instruem a IC na Sesa (*quadro 1*):

Quadro 1. Lista de normativas da Sesa sobre internação compulsória em leitos de saúde mental/álcool e drogas, por ano, governo e conteúdo – Espírito Santo, 2010-2019

Documento	Ano	Governo	Conteúdo
Portaria Sesa nº 237-R ³² (revogada pela Portaria Sesa Nº 32-R) ²⁸	2010	Paulo Hartung	Estabelece que para requerer o Licenciamento Sanitário, inicial ou de renovação, os Estabelecimentos de Assistência à Saúde deverão protocolar o formulário estabelecido pela Sesa.
Portaria Sesa Nº 155-R ³⁰ (revogada pela Portaria Sesa Nº 59-R, de 31/10/2017) ²⁷	2013	Renato Casa-grande	Regulamenta e estabelece critérios de funcionamento no território estadual de clínicas especializadas/unidades mistas de internação que prestem serviços de atenção a pessoas com comprometimento biológico, transtornos mentais e comportamentais, incluindo os decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
Portaria Sesa Nº 090-R ²⁹	2014	Renato Casa-grande	Define os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas no estado do ES.
Portaria Sesa Nº 32-R ²⁸	2015	Renato Casa-grande	Dispõe sobre o processo de licenciamento sanitário de estabelecimentos/serviços de interesse da vigilância sanitária no estado do ES.
Portaria Sesa Nº 59-R ²⁷	2017	Paulo Hartung	Regulamenta e estabelece critérios de funcionamento no território estadual de clínicas especializadas com internação que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Edital de credenciamento Sesa/SASS/Gecorc/NEC/N 006 ²⁶	2018	Paulo Hartung	Credenciamento de instituições privadas (com e sem fins lucrativos) prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar, de forma Complementar, do SUS do estado do ES (artigo 24, da Lei nº 8.080/1990).
Lei Nº 10.987 ²⁴	2019	Renato Casa-grande	Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos vinculados ao SUS no estado do ES, na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames, procedimentos de saúde e internações compulsórias que serão prestados pela Sesa.

Fonte: Elaboração própria.

Todas essas informações foram organizadas para que se pudessem identificar as instituições que internam, os valores recebidos por elas, a distribuição por região de saúde, a concentração em determinados municípios do ES e como isso se coaduna – ou não – com

as normativas existentes. Quanto ao recorte temporal – 2014 a 2019 –, a escolha se deu baseada nas informações da Sesa, que, somente a partir de 2014, passou a disponibilizar os dados sobre essas internações no sistema próprio da Secretaria. Sobre a análise dos

dados, foram utilizadas a análise estatística descritiva e a análise de conteúdo categorial⁴⁸.

As internações compulsórias por consumo de drogas no estado do Espírito Santo: para onde vai o dinheiro?

O ES possui 78 municípios, em sua maioria, de pequeno porte, que vêm organizando a Raps nas 4 regiões de saúde (Metropolitana, Norte,

Central e Sul) (figura 1)⁴⁹, conforme as diretrizes/normativas do SUS. Porém, ainda há uma desproporcionalidade de ações e serviços nessas regiões de saúde, como apontam estudos anteriores⁵⁰⁻⁵². E, no caso do gasto com a judicialização, esses recursos não constam nem nos Planos Anuais de Saúde nem nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do estado do ES. O recurso da Sesa para essa judicialização é identificado como Fonte 010400000, Ações e serviços de Saúde (0104), Atividade 20.44.901.10302.00474705. Entre 2015 e 2018, foram recebidos 40 mil processos e gastos R\$ 350 milhões com a judicialização na saúde no ES⁵³.

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde com as Regiões de Saúde do estado do ES



Fonte: Portal de Transparência⁴⁰.

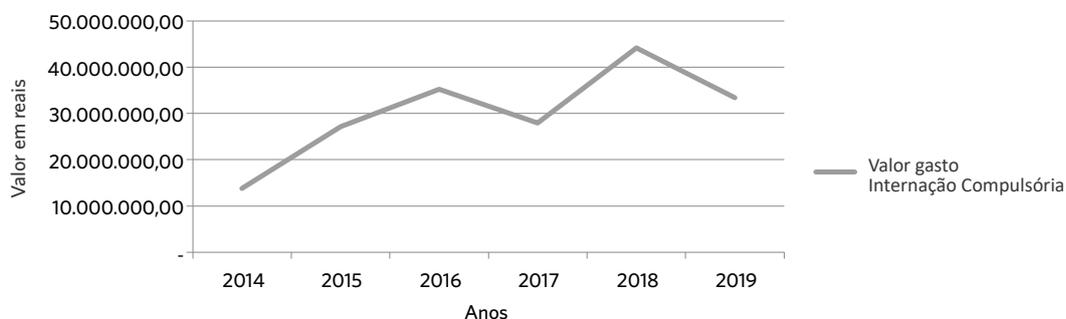
O ‘Relatório de gestão 2015-2018 da Sesa’⁵³ apresenta um item, ‘Judicialização da saúde’, no qual destaca que esse fenômeno tem deformado os princípios republicanos de equidade do SUS⁴⁷. Isso impõe custos assistenciais não programados ao gestor, ampliação de custos administrativos para gerenciar prazos e ônus legais das decisões judiciais. O fenômeno é algo preocupante para a saúde estadual, e, embora os dados sobre o financiamento não sejam detalhados no Relatório, identificou-se a contratação de 40 pessoas em quatro anos para integrar um setor que trata somente de mandados judiciais⁴⁷. Outro aspecto é o número de processos, e, ainda que não esteja especificada a destinação, do total de R\$ 350 milhões, aproximadamente 35% foram destinados para as IC.

A Secretaria implementou um conjunto de ações na definição de regramentos para credenciamento das instituições privadas (Portarias nº 090-R e nº 59-R)^{44,45} voltadas para a IC de

peças que consomem drogas, entre 2014-2019. Entre as ações, estava a meta de não internação em CTs e priorização de clínicas credenciadas. Para que uma IC ocorra fora da rede instalada do SUS, a justificativa é que ‘há inexistência de leitos que atendam às necessidades do paciente e a insuficiência ou esgotamento da capacidade instalada na rede SUS’ (justificativa presente nos processos de IC).

Sobre os dados de IC, entre 2014 e 2019, um período de seis anos, o gasto saltou de em torno de R\$ 13 milhões (valor deflacionado em torno de R\$ 19 milhões) para R\$ 39 milhões (valor deflacionado em torno de R\$ 41 milhões) (gráfico 1). Esses dados foram contabilizados considerando o subelemento de despesa Código 4681 – Mandados judiciais na área da saúde –, leitos para transtorno mental e dependência química. Ou seja, contém as internações também por alegação de transtorno mental desvinculada do uso de drogas.

Gráfico 1. Gastos com IC por consumo de drogas por ano (2014 a 2019) no estado do ES



Fonte: Elaboração própria baseada no Portal da Transparência do estado do Espírito Santo em 2019⁴⁰.

Nota: Valores deflacionados para abril de 2020 pelo IGP-M (FGV), usando a calculadora cidadã.

Todos os recursos se referem à compra de leitos em instituições privadas, de caráter filantrópico ou não, com exceção de uma instituição pública (Associação dos Funcionários Públicos do ES), que recebeu em torno de R\$ 25 mil em apenas um ano (2015). Esses recursos partem

do Programa de Atenção Integral à Saúde como uma ação de Assistência complementar à rede pública. Todos os pagamentos são motivados por sentenças judiciais, portanto, com dispensa de licitação, tendo como unidade gestora o Fundo Estadual da Saúde, a partir da Fonte

104 (Ações e serviços de saúde). A Sesa dispõe das informações sobre os leitos disponíveis nas instituições privadas existentes e passa a comprar esses leitos, considerando que as determinações judiciais geralmente estabelecem um prazo reduzido (em torno de 24 a 72 horas) para o gestor atender à demanda. Essa busca deve ser feita pelo profissional regulador (médico/a) quando o SUS não possuir o leito disponível, sendo ele o responsável por julgar e decidir sobre cada caso (Portaria nº 2.048/2002/MS)⁵⁴.

Quanto aos valores pagos por internação, mesmo havendo uma normativa desde 2013 sobre os critérios de funcionamento para as instituições, os valores passaram a ser regulamentados somente em 2018, por meio de edital

de credenciamento (*quadro 2*). Anteriormente a isso, os pagamentos eram feitos com valores diferenciados de diárias a partir dos preços apresentados pelas instituições disponíveis no mercado. E, mesmo com a regulação dos valores das diárias a partir de 2018, nota-se a permanência de uma contradição desde sempre colocada: o tempo que as pessoas ficaram internadas nessas instituições contraria as próprias normativas sobre o quesito tempo de internação. Apenas citando uma das instituições analisadas como exemplo (que recebeu recursos por quatro anos), das 172 pessoas internadas por IC, 72% ficaram em algum momento da internação por mais de 60 dias, sendo que há casos em que essa permanência chegou a um ano ininterruptamente.

Quadro 2. Normativas da Secretaria de Estado da Saúde do ES sobre a IC

Documento	Valor da diária	Número de leitos	Tempo máximo de internação
Portaria Sesa Nº 155-R/201330 (revogada)	Não estabelecia	Não estabelecia	Máximo 02 meses
Portaria Sesa Nº 090-R/201429	Não estabelece	Não estabelece	Máximo 02 meses, com a possibilidade de uma prorrogação, justificada, por mais 01 mês, totalizando 90 dias de internação
Edital Sesa/SASS/Gecorc/NEC/Nº006/201826	* 1-60 dias - R\$ 398,00 * 61- 90dias - R\$ 318,40 Após 60 dias de internação, o valor da diária corresponderá a 80% do valor inicial.	Máximo 02 meses, com a possibilidade de uma prorrogação justificada, por mais 01 mês, totalizando 90 dias de internação	Máximo 02 meses, com a possibilidade de uma prorrogação, justificada, por mais 01 mês, totalizando 90 dias de internação

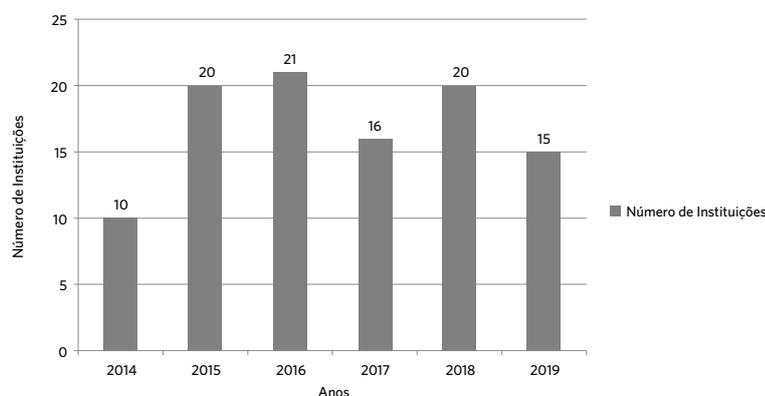
Fonte: Elaboração própria.

*Valor da diária de internação por número de dias de internação.

Quanto ao destino dos recursos, 36 instituições receberam por IC nesse período

(*gráfico 2*), sendo que quatro dessas receberam todos os anos.

Gráfico 2. Número de instituições que receberam recursos de IC por ano (2014 a 2019) no estado do ES



Fonte: Elaboração própria baseada no Portal da Transparência do estado do Espírito Santo em 2019⁴⁰.

Sobre o percentual recebido por cada uma dessas instituições, das 36 instituições, destacam-se seis que mais receberam recursos nesse período, o que corresponde a mais da metade (59,6%) dos recursos empregados para IC. São elas: Espaço Vivere Saúde (16,9% dos recursos); Espaço Viver (9,7%); Instituto Nova Aliança (9,6%); Clínica Green House (9,6%); Clínica Vitale (7,4%); e Centro de Recuperação da Vida (6,0%). Dessas, a primeira destoou das demais por ter recebido mais recurso pelo período de quatro anos (2014, 2017, 2018 e 2019) – R\$ 31.078.802,95. Essa instituição, denominada Espaço Vivere Saúde LTDA, está localizada no município de Anchieta, no Sul do estado, tendo como sócios-proprietários empresários de outros ramos no ES, que também integram uma Associação das Clínicas de Psiquiatria do estado do ES, criada em 2019. A clínica possui uma filial – Clínica Vivere Infância e Juventude – no mesmo município que recebeu recursos em 2014 e 2019, somando um total de R\$ 36.450.943,10, o que corresponde a 19,4% do total gasto.

Quanto à localização das 36 instituições, somente uma está localizada fora do ES (em São Paulo – Hospital Santa Mônica, que recebeu recurso em 2016 pela internação de dois adolescentes). Quanto à distribuição por região de saúde: 62,8% estão na região

Metropolitana; 34,3% na região Sul; e 2,9% na Norte. Essa concentração na região metropolitana ratifica estudos anteriores^{50,51}.

Sobre o ano de surgimento dessas Clínicas, 41,6% surgiram após 2011; 19,4% surgiram entre 2000 e 2010; e 11,1% antes dos anos 2000. Quanto às demais, essa informação não foi localizada. O que se percebe é que o surgimento de novas instituições acompanha o auge do pagamento estadual por medida judicial. Esse fenômeno não está isolado do que ocorre na conjuntura social, cultural e política do País, momento em que o apelo, sobretudo midiático, apresenta a internação como principal meio de ‘minimizar os problemas familiares’ que poderiam ser causados pelo consumo de drogas. Além disso, a Rede do SUS, que não está plenamente efetivada nos territórios, demarca um vazio de serviços em diversas regiões do estado.

Considerações finais

Os dados evidenciaram as disputas pelo fundo público, sem que, necessariamente, esse processo fique evidente para a sociedade. Acompanhar o gasto de recursos da Política pública de saúde com IC desnudou os embates entre Executivo e Judiciário em

torno do direito de acesso ao tratamento da saúde. Evidenciaram-se, ainda, as disputas entre ações da Coordenação estadual de saúde mental pela regulação desse processo e os limites que isso impõe aos técnicos da Secretaria. Apesar dos esforços empreendidos pela área de saúde mental da Sesa para minimamente regular esses processos, seja pelos valores pagos pelas diárias, seja pelos pareceres técnicos dos profissionais da Secretaria, seja pela regulamentação de um tempo máximo de internação, entre outras medidas, é possível perceber que as lacunas entre o que deveria ser feito (garantindo o cumprimento das normativas legais) e o que de fato ocorre na realidade perpassam dimensões muito variadas e complexas. Dimensões que ultrapassam a norma em si e as atribuições de quem deveria deter um certo controle para regular, aplicar e monitorar esse cumprimento.

Além disso, os órgãos de fiscalização, como Ministério Público e os conselhos gestores de

políticas públicas (como saúde e sobre drogas), sequer alcançam a informação sobre o que vem ocorrendo nessa rede paralela ao SUS. Essa análise, portanto, indica a necessidade de manter-se esse monitoramento a partir de novos questionamentos como: os argumentos utilizados pelo Poder Judiciário para ratificar pedidos de IC; o impacto do uso do recurso para o SUS de uma forma mais abrangente; reflexões sobre a ‘manicomialização’ na saúde mental argumentada pelo consumo de drogas na sociedade, entre tantas outras perguntas que o fenômeno contém.

Colaboradoras

Leal FX (0000-0003-1309-0909)*, Garcia MLT (0000-0003-2672-9310)*, Denadai MCVB (0000-0003-0713-9382)* e Campanharo LS (0000-0002-9286-5874) contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Lunze K, Idrisov B, Golichenko M, et al. Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis. *BMJ*. 2016; (353):i2943.
2. Werb D, Kamarulzaman A, Rafful C, et al. The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *Int J Drug Policy*. 2016; (28):1-9.
3. Bardi G. Entre a cruz e a caldeirinha: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2019. 343 p.
4. Santos CCM, Leal FX, Jesus RS. Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. *Textos Cont*. 2016; (15):423-436.
5. European Union. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Member States [internet]. Mannheim: European Commission; 2002. [acesso em 2019 dez 15]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf.
6. Leukefeld CG, Tims FM. Compulsory Treatment of

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Drug Abuse: Research and Clinical Practice. NIDA Research Monograph. 1988 [acesso em 2020 mar 29]; (86):236-51. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/20016323_Compulsory_treatment_A_review_of_findings.
7. Brasil. Lei nº 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 Abr 2001.
 8. Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde debate. 2014; 38(101):359-367.
 9. Brasil. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. 11 Jul 1984.
 10. Brasil. Lei nº 7209. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 Jul 1984.
 11. Lima RCC. Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil – Estados Unidos e os organismos internacionais [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
 12. Barbosa RHS. Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
 13. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O Social em Questão. 2019 [acesso em 2020 mar 7]; 22(44):111-138. Disponível: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf.
 14. Carvalho G. Gasto da união com saúde nos anos 1995-2012. 2013. [acesso em 2013 ago 19]. Disponível em: <https://darcisioperondi.com.br/gasto-da-uniao-com-saude-nos-anos-1995-2012-gilson-carvalho/>.
 15. Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A Política Antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicologia e Sociedade. 2008; 20:267-276.
 16. Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. Radiografia do novo Congresso. Brasília, DF, 2018. [acesso 2019 dez 19]. Disponível em: <https://www.diap.org.br/index.php/publicacoes/finish/41-radiografia-do-novo-congresso/4045-radiografia-do-novo-congresso-legislatura-2019-2023-fevereiro-de-2019>.
 17. Basilio-Denadai MC. O processo de formulação da política sobre drogas no Brasil pelo Congresso Nacional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015. 343 p.
 18. Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União. 5 Jun 2019.
 19. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Ago 2006.
 20. Cislighi JF. Privatização da saúde no Brasil. Em Pauta. 2019; 43(17):60-73.
 21. Salvador E. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010.
 22. World Health Organization. Innovation in deinstitutionalization: A WHO expert survey. Geneva; 2014.
 23. Garcia MLT, Oliveira EA. An analysis of the Federal funding for mental health care in Brazil. Social Work in Health Care. 2017; (56):1-20.

24. Mendes AN, Carnut L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*. 2020; (22):9-32.
25. Barroco ML. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. *Serv. Soc. Soc.* 2011; (106):205-218.
26. Dallari SG. O Direito à Saúde. *Revista Saúde Pública*. 1988; 22(1):57-63.
27. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
28. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2010; 20(1):77-100.
29. Carvalho ER. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Rev. Sociol. Polít.* 2004; (23):115-126.
30. Lima TM. O direito à saúde revisitado entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. *Rev. Inf. Legis.* 2014 [acesso em 2020 mar 20]; 51(202):181-201. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/503044>.
31. Marques SB. Judicialização do direito à saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2008; 9(2):65-72.
32. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1):101-107.
33. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(2):214-222.
34. Chieffi AL, Barata R. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2020 abr 25]; 25(8):1839-1849. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf>.
35. Messeder AM, Osorio de Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):525-534.
36. Dias ER, Silva Junior GBJ. Evidence-Based Medicine in judicial decisions concerning right to healthcare. *Einstein*. 2016 [acesso em 2020 jan 19]; 14(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1679-45082016000100002>.
37. Leivas PGC. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. *Rev. Bioética*. 2006; 14(1).
38. Conselho Federal de Serviço Social. O estigma do uso de drogas. *Série Assistente Social no combate ao preconceito*. Brasília, DF: CFESS; 2016.
39. Andrade TM. Redução de danos: um novo paradigma? In: Tavares LA, Almeida ARB, Alves Filho AN, et al. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 87-95.
40. Espírito Santo. Portal da Transparência do Espírito Santo, Protest. [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: <https://transparencia.es.gov.br>.
41. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 237-R, de 23 de dezembro de 2010. Estabelece que para requerer o Licenciamento Sanitário, inicial ou de renovação, os Estabelecimentos de Assistência à Saúde deverão protocolar o formulário estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-237-2010-es_126597.html.
42. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 32-R, de 19 de junho de 2015. Dispõe sobre o processo de licenciamento sanitário de estabelecimentos/serviços de interesse da vigilância sanitária no Estado do Espírito Santo. 2015. [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=285994>.
43. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Por-

- taria SESA nº 155-R/2013, de 17 de maio de 2013. Regulamenta e estabelece critérios de funcionamento no território estadual de clínicas especializadas/unidades mistas de internação que prestem serviços de atenção a pessoas com comprometimento biológico, transtornos mentais e comportamentais incluindo os decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA). Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 17 Maio 2013.
44. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 59-R, de 31 de outubro de 2017. Define os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas no Estado do Espírito Santo. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 31 Out 2017.
 45. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria SESA nº 090-R. Define os critérios para internação de pacientes nas Clínicas Especializadas no Estado do Espírito Santo. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 14 Out 2014. [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=275778>.
 46. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. SESA/SASS/GECORC/NEC/Nº006/2018, 28 de dezembro de 2018. Credenciamento de instituições privadas (com fins lucrativos e sem fins lucrativos) prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito Santo (artigo 24, da Lei 8.080/1990), conforme Processo no 83802525, devidamente aprovado pela autoridade competente, sendo regido pelas Leis Federais nº 8.666/93, no 8.080/90 e Lei Estadual no 9.090/2008 e suas alterações, bem como pelas demais normas pertinentes e condições estabelecidas no presente Edital. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 28 Dez 2018.
 47. Espírito Santo. Lei nº 10.987, de 26 de abril de 2019. Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS no Estado do Espírito Santo, na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames, procedimentos de saúde e internações compulsórias que serão prestados pela Secretaria de Estado da Saúde – SESA e estabelece outras providências [internet]. Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo; 30 Abr 2019. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/diario_oficial_2019-04-30_pag_9.pdf.
 48. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
 49. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR – ES 2011. 2011. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf.
 50. Santos CCM, Leal FX, Jesus RS. Política sobre drogas no estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. *Text. Cont.* 2016; (15):423-436.
 51. Garcia MLT, Siqueira MM. Instituições especializadas em dependência química no Estado do Espírito Santo. *J. Bras. Psiq.* 2005; 54(3):192-196.
 52. Oliveira EFA, Garcia MLT. The mental health policy in the State of Espírito Santo, Brazil: between achievements and disappointments. *Best Pract. Mental Health: An Inter. J.* 2011; (7):60-71.
 53. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Gestão 2015-2018: Avanços e Perspectivas. 2019. [acesso 2020 mar 10]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/relatorio-de-gestao-3>.
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União.* 5 Nov 2002.

Recebido em 16/06/2020

Aprovado em 28/01/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: os resultados aqui apresentados são parte de 3 projetos de pesquisas financiadas pelos Editais: Fapes/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA nº 25/2018 (PPSUS); Edital Fapes nº 21/2018 – Universal e Edital CNPq/Fapes nº 22/2018 – Programa Primeiros Projetos (PPP)