

DPE/MS

Curso pós-edital

DIREITO À SAÚDE
APOSTILA ÚNICA





DIREITO À SAÚDE

Olá, pessoal. Tudo bem com vocês? Espero que sim! Hoje veremos ponto a ponto do edital no que se refere à matéria de Direito à Saúde. Em alguns pontos, a leitura apenas da legislação (*sabemos que é um pouco chata, mas é necessária*) será suficiente. Em outros, o próprio edital traz conteúdos doutrinários e jurisprudenciais, razão pela qual analisaremos cada um dos recursos extraordinários com repercussão geral e recursos especiais repetitivos indicados pelo edital.

Buscamos trazer algo completo, mas ao mesmo tempo resumido. Não adianta, nessa fase do concurso, jogarmos 400 páginas de conteúdo para uma única matéria, pois vocês não terão tempo suficiente para lê-las.

Sigam firmes nos estudos e deem o gás nessa fase final. Façam o que estiverem ao alcance de vocês!

Se Deus quiser, nos vemos nas próximas fases.

Um abraço em cada um de vocês que está nesta batalha.

Coordenação do Curso RDP.



Reforma Sanitária Brasileira. Infraestrutura do SUS. Organização do Sistema Único de Saúde e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde.

O primeiro ponto cuida da **reforma sanitária**.

Segundo informações¹, o **movimento da Reforma Sanitária nasceu no início da década de 1970**. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa nova abordagem se torna conhecimento relevante, reconhecido academicamente, difundido e propagado.

Durante todo o processo de modificação da abordagem da saúde, várias correntes se juntam como protagonistas. O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das idéias e fez com que diversos jovens estudantes comessem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes nesse sentido, por serem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões.

Entre esses diversos atores do movimento sanitário, destacam-se ainda os médicos residentes, que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva; as primeiras greves realizadas depois de 1968; e os sindicatos médicos, que também estavam em fase de transformação. Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores.

Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, que foi um grande marco, e enviá-lo para aprovação do Legislativo. Uma das coisas mais importantes, segundo Arouca, era transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde.

A ideia era fazer isso pelas conferências de saúde (que na época eram espaços burocráticos) convidando a sociedade para discutir e participar. A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária.

¹ Disponível em: <https://portaldareformasaneitaria.org/services/reforma-sanitaria/>. Acesso em 17 de novembro de 2021.



No site oficial do SUS² é informado que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

AVANÇO: Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>



Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS

União

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.



Municípios

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

II Financiamento do Sistema Único de Saúde

Sobre o financiamento do SUS, atente-se à leitura dos seguintes artigos da Lei do SUS (Lei nº 8.080/1990):

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

*Art. 31. O orçamento da **seguridade social** destinará ao **Sistema Único de Saúde (SUS)** de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.*

*Art. 32. São **considerados de outras fontes os recursos provenientes** de:*

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).



§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.



§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Gestão do Sistema Único de Saúde: descentralização, regionalização e participação social.

Princípios Organizativos

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde

Sobre esse ponto, trago à colação excelente pesquisa em que se debateu sobre o modelo de atenção à saúde.³

MODELO ASSISTENCIAL OU MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Esta pergunta é recorrente nos debates e reflexões sobre modelos. Embora não haja estudos que apontem diferenças conceituais sobre estes dois termos, há referências empíricas que evidenciam a necessidade de aprofundamento desta reflexão à luz da luta pela saúde como direito de cidadania. Ao se consultar o dicionário Aurélio, encontra-se por “assistência” os seguintes significados:

³ Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4446701/mod_resource/content/2/Modelos%20de%20Atencao%20a%20Saude%20no%20Brasil_nov_3_11_20h%20%281%29.pdf. Acesso em 17 de novembro de 2021.



proteção, amparo, arrimo; auxílio, ajuda; socorro médico; benefício concedido àqueles que não podem demandar ou defender-se por falta de meios econômicos; serviços gratuitos de naturezas diversas que o Estado presta aos membros da comunidade. Da mesma forma, encontra-se como definição do termo “atenção” a aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa, concentração, reflexão, aplicação; ato ou palavras que demonstram consideração; recomendação. Pode parecer num primeiro momento pouco significativo este jogo de palavras, mas, ao contrário, elas demonstram uma racionalidade subjacente que permeia a luta e conquista da saúde como direito de cidadania. Se modelo assistencial ou modelo de atenção é o modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais e é a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade, cabe aprofundar o significado destas terminologias à luz da Constituinte.

O processo de implantação do SUS veio acompanhado de muitas reflexões sobre os caminhos que melhor estruturassem o sistema dentro dos seus princípios finalísticos e diretrizes estabelecidas. Uma das importantes reflexões refere-se ao direito de cidadania que desde a VIII Conferência Nacional de Saúde está presente na agenda da Reforma Sanitária Brasileira e que, apesar de assegurada pela Constituição de 1988, requer amplas mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais no país para sua efetivação¹⁶.

No Brasil, a dívida política marcada pelo autoritarismo que dominou o país por duas décadas, deixou importantes sequelas que estão refletidas na fragilidade do processo de democratização da sociedade e de luta pela conquista de políticas sociais mais estáveis e duradouras que atendam ao bem estar da população. O direito de cidadania não está incorporado ao cotidiano dos indivíduos e famílias que ainda necessitam lutar pela sua sobrevivência mais do que por seus direitos humanos. O direito à cidadania ainda é visto como privilégio de poucos e concessão do Estado e, ainda, os direitos dos cidadãos aparecem como benesse, sujeitos ao controle de uma burocracia que, por meio de normas, estabelece quem tem ou não direitos, configurando assim o que se denomina de “cidadania regulada”, evidenciando a existência de fragilidades do acesso aos direitos de cidadania que estão fortemente presentes no contexto brasileiro.

Diante dessas reflexões e das bases de criação do SUS, aos poucos o termo modelo assistencial vem sendo substituído por modelo de atenção à saúde por se entender que a denominação “assistencial” traz, em seu bojo, a representação de cidadania considerada como dádiva, como benevolência ou favor e não como direito de cidadania e responsabilidade do Estado em garantir o acesso aos serviços públicos por meio de políticas sociais consistentes, duradouras e de boa qualidade.

Da mesma forma, considerando as diferentes realidades regionais brasileiras o termo modelo ganhou pluralidade e cada vez é mais comum falar-se em modelos de atenção na perspectiva de que o SUS, por meio de seus princípios e diretrizes, constitui-se em um referencial ideológico norteador da organização dos serviços de saúde. Portanto, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, quando se fala em mudança do modelo de atenção à saúde é importante compreender que esta mudança é relativa ao modelo ainda hegemônico no Brasil, ou seja, o modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo



e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão.

O modelo idealizado para o SUS é o oposto haja vista que preconiza a integralidade do cuidado, a garantia do acesso, a regionalização e descentralização dos serviços, as ações humanizadas e resolutivas de saúde e voltadas às necessidades de toda a população por meio de ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais¹³. Para tanto, requer um processo de luta política e social visando garantir avanços em direção às mudanças pretendidas.¹⁰

Desta forma, há que se reconhecer que para mudar a lógica do modelo hegemônico faz-se necessário promover mudanças também no locus de prestação do cuidado, buscando intervir nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais. Nesse sentido, a organização da rede básica de saúde representa uma oportunidade de acúmulo de forças em direção à própria consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde

O que é a assistência farmacêutica? Trata-se de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.⁴

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - **Básico, Estratégico e Especializado**, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é **tripartite**, ou seja, a responsabilidade é da **União**, dos **estados** e os **municípios**. Para saber quais medicamentos estão disponíveis, é necessário consultar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em **Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)**, **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)**, **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**, além de **determinados medicamentos de uso hospitalar**. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS.

Atenção à saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.⁵

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), através de financiamento tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas foi pactuada em julho de 2011, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção

⁴ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmaceutica-no-sus/sobre-a-assistencia-farmaceutica-1>. Acesso em 17 de novembro de 2021.

⁵ Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>. Acesso em 17 de novembro de 2021.