

Financiamento da saúde mental pública: estudo do caso do Rio de Janeiro (2019 a 2022)

Financing public mental health: a case study of Rio de Janeiro (2019 to 2022)

Karen Athié^{1,2}, Paulo Amarante¹

DOI: 10.1590/2358-289820241418568P

RESUMO A saúde mental no Sistema Único de Saúde vive uma disputa entre o cuidado centrado na doença e os determinantes socioambientais. O estudo do cofinanciamento estadual da Rede de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro (2019 a 2022) visou observar como elementos teórico-conceituais sobre saúde mental foram relevantes nas decisões de financiamento interfederativo nesse período. Realizou-se revisão de normativas federais e estaduais das Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite), notas técnicas e consultas ao Fala.BR. Os documentos demonstraram a ruptura interfederativa com relação ao cuidado da saúde mental de base territorial e comunitária. Nesse período, enquanto o Ministério da Saúde direcionava sua agenda para o cuidado ambulatorial e especializado, o Rio de Janeiro ampliou o recurso financeiro estadual à saúde mental em R\$ 175 milhões para fortalecer Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados ou elegíveis para habilitação. A desinstitucionalização de sobreviventes dos manicômios e a expansão da rede de cuidados de atenção às situações de crise são resultados encontrados. A conclusão do estudo sugere a construção de metodologia de monitoramento interfederativo do financiamento da saúde mental pública para que a entrega do cuidado esteja cada vez mais próxima das necessidades dos municípios e das vulnerabilidades territoriais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Financiamento da assistência à saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *Mental health in the Unified Health System has experienced a dispute between disease-centered care and socio-environmental determinants. The study of state co-financing of the Psychosocial Care Network in Rio de Janeiro (2019 to 2022) aimed to explain how theoretical-conceptual elements about mental health were relevant in interfederative financing decisions in this period. A review of federal and state regulations of the Intergovernmental Committees (Bipartite and Tripartite), technical notes and Fala.BR site was carried out. The documents demonstrated the interfederative rupture in relation to territorial and community-based mental health care. During this period, while the Ministry of Health directed its agenda towards outpatient and specialized care, Rio de Janeiro increased the state's financial resource for mental health by R\$ 175 million to strengthen Psychosocial Care Centers and Therapeutic Residential Services qualified or eligible for qualification. The deinstitutionalization of asylum survivors and the expansion of the care network for crisis situations are results found in Rio de Janeiro. The conclusion of the study suggests the construction of an interfederative monitoring methodology for public mental health financing so that the delivery of care is increasingly closer to the needs of citizens and territorial vulnerabilities.*

KEYWORDS *Mental health. Healthcare financing. Health policy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. karensathie@gmail.com

²Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O modelo de cuidados em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) vive uma disputa entre o centrado na doença e o centrado nos determinantes sociais e ambientais. No Brasil, essa disputa impacta as decisões de gestão e financiamento¹. No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para a necessidade do investimento na assistência em saúde mental. No atlas de saúde mental, a OMS sugeriu que esse tipo de investimento deveria alcançar o valor de 5% do total dos gastos em saúde². Na atualidade, a discussão sobre o acesso a cuidados em saúde mental tem influência em países com alta, média e baixa renda³. Trata-se de uma preocupação que associa a capacidade produtiva da humanidade (anos ou dias de vida perdidos) à diferença entre a oferta de serviços e a prevalência de doenças mentais.

O alerta mundial baseado em referências epidemiológicas e econômicas vem sendo chamado de lacuna de cuidados em saúde mental ou Mental Health GAP Action Programme (mhGAP)⁴. Em 2006, o movimento internacional ‘nada sobre nós sem nós’⁵, chamado, também, de especialistas por experiência, foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) quanto aos direitos de pessoas com deficiência a trabalho, lazer, emprego, escola e saúde. A compreensão da inclusão social para o desenvolvimento da humanidade de modo sustentável ganhou espaço na Agenda 2030, induzindo as práticas de financiamento com esse olhar⁶ e contra o estigma.

Em sua história, o Brasil tem registros que trazem para o campo da clínica o sofrimento mental; e, no cenário da saúde mental pública, a presença e a disputa de dois modelos de atenção: o da perspectiva de oferta especializada e hospitalocêntrica e o da oferta de cuidado em liberdade por meio dos serviços de base territorial e comunitária. Essa disputa, que se acirra a depender da compreensão política nos ciclos de gestão, pode ser observada nas decisões sobre a direção dos recursos financeiros

empregados: tanto na perspectiva da saúde coletiva quanto na do complexo médico-industrial^{7,8}. Adicionalmente, a oferta do cuidado em saúde mental explorada neste artigo teve como referências centrais e conceituais as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade e equidade, bem como a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial. A fundamentação dessa escolha foi baseada em evidências relacionadas com diferentes momentos histórico-políticos, aqui divididos cronologicamente e pedagogicamente em três ciclos.

O primeiro ciclo

O marco histórico do nascimento da luta antimanicomial ocorreu em 1987, mediante a Carta de Bauru⁹, quando trabalhadores, familiares e pessoas com questões de saúde mental se organizaram contra o tratamento em manicômios psiquiátricos. Esse movimento fundou a discussão nacional da garantia de direito ao cuidado em saúde mental com dignidade e não excludente, colocando-se em oposição à lógica de cuidado higienista e colonialista¹⁰. Paralelamente, foi criado, pela Constituição Federal de 1988, o SUS.

Nesse contexto, duas importantes leis de 1990 devem ser mencionadas para a compreensão da operacionalização financeira do SUS e que envolvem União, estados e municípios. São elas: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se refere à organização e ao funcionamento dos serviços¹¹; e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹², que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros¹². A descrição da regulamentação das atribuições comuns e específicas de municípios, estados e União e sua administração orçamentária e financeira anual têm lógica ascendente, isto é, dos municípios à União. Ademais, os conselhos de saúde são definidos como instâncias deliberativas no campo da formulação das políticas de saúde responsáveis pela fiscalização da gestão, inclusive no aspecto econômico-financeiro¹³.

O segundo ciclo

Na primeira década do século XX, nasceu a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), na forma da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001¹⁴, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, garantindo o direito ao cuidado em saúde mental e a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de base territorial e comunitária, nomeados de Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Nos primeiros dez anos da PNSM, observa-se uma expansão importante desses serviços¹⁵, cuja habilitação e financiamento passaram de experimentos locais para a lógica do SUS e da saúde mental pública.

O terceiro ciclo

Na segunda década do século XX, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), descrita na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Raps¹⁶ e que normatiza a ampliação do escopo do cuidado em saúde mental em rede. Os serviços da Raps são: atenção básica à saúde, Caps (em suas diferentes modalidades), rede de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização. Naquele momento, a norma visou atualizar a discussão sobre o cuidado em saúde mental, considerando, além dos serviços específicos da Raps, também os serviços não específicos de saúde mental. Adicionalmente, é importante mencionar que a portaria apresenta dispositivo fora do escopo do SUS: as comunidades terapêuticas. A inserção desse modelo de atendimento na Raps, e que se pauta no tratamento moral e religioso, também tem sido causadora de disputa política e financeira e, embora não seja assunto central neste estudo, é um elemento considerado como contraditório na construção da garantia de direito ao cuidado em saúde mental com dignidade¹⁷. Além disso, vale dizer que essa inclusão,

em norma técnica pelo Ministério da Saúde (MS), reflete a disputa subjacente ao financiamento público da saúde mental, assim como a disputa política quanto ao modelo de cuidado³⁴.

Ainda nesse ciclo, em meio à crise política e fiscal brasileira, foi promulgada Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, dando outras providências, estabelecendo teto de gastos do SUS no período de 2018 até 2036¹⁸. O teto da despesa geral da União impediu novos critérios de transferências fundo a fundo entre governo federal, estados e municípios, agravando o subfinanciamento crônico do SUS¹⁹. Na sequência, e ainda nesse ciclo, foi publicada a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Raps²⁰.

Esse é mais um exemplo desse conflito no âmbito da gestão federal e das suas alianças políticas. Criada em plena crise do ciclo de gestão presidencial, a Raps retoma a lógica da centralização, hospitalização e ambulatorização do cuidado em saúde mental. O ato afasta a lógica da atenção psicossocial, apenas iniciada pelos Caps na década anterior, e reinsere nas suas orientações o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e especializado. Outrossim, por meio das decisões político-financeiras em âmbito federal, observou-se a intensificação da desqualificação sistemática dos serviços públicos de saúde mental implantados, em especial, os Caps, que substituem os manicômios pelo cuidado em meio comunitário e aberto²⁰.

Esses três ciclos demonstram brevemente os tensionamentos das diferentes vertentes políticas relativas ao SUS e à saúde mental pública.

Diante da história de disputa e da experiência de interlocução interfederativa de natureza divergente com relação ao modelo de cuidado em saúde mental, este estudo visa observar como elementos teórico-conceituais

foram relevantes nas decisões do financiamento interfederativo com a intenção de favorecer construção de metodologias de acompanhamento da questão do financiamento em sistemas de saúde mental de modo mais transparente. Seus objetivos específicos são: 1) estudar o cofinanciamento da Raps do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) no período de 2019 a 2022, com apoio financeiro destinado pelo estado aos serviços municipais de saúde de base territorial e comunitária; 2) e observar os aspectos dessa experiência interfederativa envolvendo União, estado e municípios no âmbito do SUS, da Reforma Psiquiátrica e na defesa do direito ao cuidado com dignidade, inclusivo e com escuta às necessidades atuais.

Material e métodos

Este estudo de caso do Rio de Janeiro sobre o financiamento da saúde mental pública, no período entre 2019 e 2022, teve objeto de interesse no contexto real e de um passado recente. Por isso, as leituras realizadas estiveram abertas aos novos elementos que surgiram durante o estudo, que é exploratório, qualitativo, descritivo e que se utiliza de pesquisa bibliográfica, documental e de dados secundários.

Foi feita triangulação de dados por meio de: revisão bibliográfica, normativas publicadas pelo MS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no período de 2019 a 2022, e informações coletadas sobre o Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial (Cofi-Raps) nesse mesmo período. A análise das informações quanto ao financiamento dos sistemas de saúde mental públicos considerou as bases normativas do SUS e o pacto interfederativo com interdependência financeira entre governo federal, estados e municípios, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial. Por isso, foram observados os efeitos da redução ou aumento das transferências fundo a fundo por meio do

fechamento parcial das novas habilitações no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips) de alguns serviços de saúde mental, especialmente dos Caps e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

As questões utilizadas na comparação entre os entes federativos e autônomos do mesmo sistema de saúde mental pública foram: a ação ou a normativa estadual ou federal teve impacto financeiro no sistema público de saúde mental? Qual é a relação da tomada de decisão sobre o financiamento de serviços de saúde mental pública do SUS e a CIB e a CIT? A ação normativa estadual ou federal fortalece a garantia do cuidado em liberdade na lógica substitutiva dos serviços hospitalocêntricos pelos dispositivos de base territorial e comunitária conforme a PNSM?

A revisão bibliográfica de artigos internacionais foi realizada no PubMed, utilizando as palavras-chave: “*mental health*”, “*health care financing*” e “*health policy*” no período entre 2020 e 2023. Foram encontrados 84 artigos integrais e de livre acesso, sendo selecionados 13, dos quais apenas 2 são sobre países latino-americanos^{21,22} e 1 sobre a África do Sul²³. Entre os outros artigos selecionados, 2^{24,25} são sobre os recursos de saúde mental em países pobres e em desenvolvimento. Os 8 artigos restantes são sobre como os países mais desenvolvidos lidam com as questões sociais e culturais no cuidado em saúde mental para a adaptação social das pessoas com sofrimento por questões relacionadas com imigração²⁶, cultura indígena²⁷, desemprego²⁸ ou outras situações de vulnerabilidade²⁹⁻³³. A busca de artigos nacionais foi realizada no *site* da Bireme, considerando os mesmos parâmetros e incluindo a palavra-chave “Sistema Único de Saúde”. Foram encontradas 24 referências, das quais 8 textos tratavam do assunto sobre a construção do modelo de saúde mental brasileiro. As teses foram excluídas, e os artigos escritos em 2017 e 2018 foram mantidos pela sua relevância sobre o assunto e que se relacionam com: ética em saúde mental³⁴, desinstitucionalização³⁵, precarização da força de

trabalho em saúde mental^{36,37}, álcool e outras drogas³⁸, covid-19³⁹, gastos em saúde e análise do financiamento^{40,41}.

Na revisão de documentos técnicos sobre financiamento em saúde e saúde mental no âmbito do SUS, fizeram-se buscas: 1) no âmbito federal, nos *sites* do MS⁴², do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass)⁴³ e da CIT⁴⁴; e 2) no âmbito estadual, nos *sites* da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)⁴⁵, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ)⁴⁶ e da CIB⁴⁷. As lacunas de informação identificadas foram solicitadas, com base na lei de acesso à informação, via *e-mail* e/ou pelo *site* do Fala.BR⁴⁸.

A pesquisa se utilizou de fontes com acesso público e nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Por essa razão, não foi registrada nem avaliada por comitê de ética, conforme orienta a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados e discussão

Os resultados estão divididos nos âmbitos federal, estadual e interfederativo: nível

federal, quando os dados se relacionam com MS, Conass e CIT; nível estadual, quando os dados publicados e compartilhados foram feitos pela Coordenação de Atenção Psicossocial da SES-RJ, Cosems RJ e CIB; e nível interfederativo, quando comparam as respostas nos âmbitos federal e estadual quanto às questões-chave do estudo. A observação desses três níveis é importante para a compreensão da construção do financiamento interfederativo da saúde mental pública no âmbito do SUS e da PNSM, mas também considera a autonomia entre os entes federativos.

Nível federal

No âmbito federal, foram realizadas duas consultas ao MS por intermédio do *site* Fala.BR (protocolos: 25072.021262/2023-90 e 25072.026866/2023-22)⁴⁸; uma consulta via *e-mail* ao Conass e visita ao *site* da CIT para verificação das pautas pactuadas ou informadas no período do estudo. Como resultado, obtiveram-se 11 normativas em forma de leis, decretos e portarias que mencionam a Raps no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022 (*quadro 1*):

Quadro 1. Normativas nacionais relacionadas com a saúde mental e a atenção psicossocial (2019 a 2022)

1. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os estados, o Distrito Federal e os municípios.
2. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, para dispor 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.
3. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprova a Política Nacional sobre Drogas.
4. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, que institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.
5. Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, que redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
6. Portaria nº 1.108, de 31 de maio de 2021 que reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.
7. Portaria GM/MS nº 1.684, de 23 de julho de 2021 que revoga a Seção X do Capítulo III do Título VII, o art. 1.040 e o Anexo XCI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 de 28 de setembro de 2017.

Quadro 1. Normativas nacionais relacionadas com a saúde mental e a atenção psicossocial (2019 a 2022)

8. Portaria nº 1.836, de 24 de junho de 2022, que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio e de investimento para a ampliação do acesso aos cuidados à ansiedade e depressão (transtornos do humor) pelo público infanto-juvenil para enfrentamento dos impactos advindos da pandemia de Covid-19, e dá outras providências.

9. Portaria nº 4.596, de 26 de dezembro de 2022, que suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais.

10. Portaria nº 375, de 05 de agosto de 2022, que atualiza, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o serviço especializado de Atenção Psicossocial, incluindo o Tratamento em Regime de Internação para Transtornos Mentais e Dependência Química.

11. Portaria nº 596, de 22 de março de 2022, que revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Fonte: Fala.BR⁴⁸.

Em complementação à informação e considerando a questão-chave sobre o seu impacto financeiro, o MS informou que o Saips foi fechado para o cadastro de proposta de habilitação/incentivo de todos os componentes em 31 de dezembro de 2019 e reaberto em 18 de janeiro de 2021 para habilitação e incentivo de Caps. Em 10 de março de 2021, o sistema foi fechado para todos os incentivos e aberto para habilitação de Caps, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Equipe Multiprofissional de Saúde Mental. Em 27 de janeiro de 2022, foi feita nova interrupção para o cadastro de novas propostas de incentivo e habilitação de todos os componentes. A abertura e o fechamento do Saips foram justificados em razão do passivo de propostas cadastradas, que já superava a capacidade de absorção do impacto financeiro de custeio da Média e Alta Complexidade (MAC) previsto. Nesse período, não foram publicadas orientações de apoio aos gestores e profissionais de saúde⁴⁸.

Na consulta ao Conass sobre a atenção à saúde mental no período 2019-2022 e as relações interfederativas, este aponta: o contexto do distanciamento social e a covid-19; e o formato técnico utilizado no âmbito do MS para as tomadas de decisão no âmbito federal. Em 2020, por intermédio de reuniões realizadas na Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), foi iniciada a revisão

e/ou revogação de diversas portarias publicadas ao longo da instituição da Raps, com questionamentos direcionados ao modelo de base comunitária. Nesse âmbito, o grupo conduzido pela SGETS considerava o fechamento do Saips na sua relação para habilitação de serviços segundo as prioridades eleitas pela área técnica do MS e sem a participação dos gestores dos estados.

O período foi marcado essencialmente pela defesa da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos³⁵. Já as discussões sobre as publicações realizadas não foram levadas a fóruns de pactuação intergestores, como prevê a organização do SUS, incluindo a Portaria GM/MS nº 4.596/2022⁴⁹, que suspendeu o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Gerais, integrantes da Raps, por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, desconsiderando as justificativas e as correções dos registros de ocupação dos leitos apresentadas por gestores municipais/estaduais.

Segundo as informações obtidas em consulta ao Conass, por meio do *site* e de consulta por *e-mail*, bem como leitura da norma, os efeitos da portaria, sem pactuação em CIT, atingiram 118 hospitais gerais, com total de 633 leitos de saúde mental⁴⁹, penalizando gestores e causando desassistência aos usuários do SUS nos territórios onde estavam localizados os leitos para o cuidado de atenção à crise. Essa

portaria é um desdobramento da Portaria nº 3.588/2017, que estabeleceu a taxa de ocupação mínima dos leitos de 80% e a condicionou ao repasse financeiro de custeio. Na análise, a ampliação de leitos de internação induzidos caracterizou mais um passo na retomada do hospitalocentrismo, o que se opõe às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e à PNSM. A Portaria nº 4.596 foi revogada na terceira reunião da CIT, de março de 2023⁵⁰.

A terceira fonte de informação no âmbito federal é o *site* da CIT⁴⁴. Neste, verificaram-se dois informes de ações de saúde mental no período: o primeiro, em agosto de 2020 (Programa Mentalize); e o segundo, em agosto de 2021 (Curso de Formação de Multiplicadores em Urgência e Emergência em Saúde Mental), ambos pautados como informes e pela SGTES/MS, conforme consta nas sínteses das pautas realizadas.

No nível federal, após leitura das normas e comparação entre as respostas do MS, do Conass e *site* da CIT, observam-se:

1. Nenhuma das publicações teve pactuação tripartite ou discussão com os gestores do território nacional;
2. Nas portarias de incentivos financeiros, é possível observar a tendência específica de ampliação de serviços especializados, por exemplo: os ambulatórios e hospitais psiquiátricos e que usam como referência conceitual central a psiquiatria baseada em evidências centradas exclusivamente no cuidado médico a partir de um diagnóstico psiquiátrico;
3. Revogações foram direcionadas às portarias que dão estrutura para a descontinuidade da lógica substitutiva do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de base comunitária e territorial, contrariando a PNSM e o fortalecimento dos serviços da atenção psicossocial de característica multidisciplinar;
4. Nessas revogações, é possível notar a intenção de desfinanciamento dos SRT e dos

leitos em hospital geral, serviços estruturantes para os movimentos de desinstitucionalização em manicômios psiquiátricos e de longas internações;

5. No decreto que aprova a Política Nacional sobre Drogas, embora a competência na descrição da sua execução seja da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do, Ministério da Justiça e Segurança Pública, é possível perceber que, contraditoriamente à decisão de retirar essa agenda do MS, a portaria tem como aspecto central as intervenções em saúde, tendo como referência sempre os serviços de saúde especializados e psiquiátricos;

6. A publicação dessas normas sugere que as decisões tomadas no âmbito federal desconsideravam sistematicamente qualquer tipo de participação social e dos gestores do território, conforme recomenda a gestão interfederativa do SUS, e induziram, por meio da tomada de decisões sobre o financiamento pelo tipo de serviço e contrariamente à Lei nº 10.216¹⁴, o retorno ao cuidado em saúde mental na lógica da hospitalização e do atendimento ambulatorial especializado;

7. A estratégia de gestão do período deslocou a agenda da saúde mental do campo técnico para o setor de gestão do trabalho localizado no SGTES/MS. Nesse espaço de interlocução, apenas gestores do MS e especialistas teriam o poder de voto nas soluções encontradas, sendo os representantes da discussão tripartite convidados da agenda. A forma de discussão eleita pela Comissão da SGTES induz à percepção de que os convidados eram recebidos para serem informados das decisões internas do MS e desmonta a gestão da atenção psicossocial no nível nacional, dando continuidade a ações de desfinanciamento que precederam esse momento⁴⁰.

Nível estadual

No âmbito estadual, foram realizadas consultas aos *sites* da SES-RJ, da CIB, dos órgãos de controle e da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj), sempre

considerando as questões-chave do estudo. Para o período, foram identificadas as publicações relacionadas com o financiamento da Raps, tais como suas resoluções⁵¹⁻⁵⁴ e notas técnicas⁵⁵⁻⁵⁷ (*quadro 2*).

Quadro 2. Normativas estaduais sobre saúde mental e atenção psicossocial (2019 a 2022)

1. Resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019, que cria o Cofinanciamento estadual de fomento e inovação à Rede de Atenção Psicossocial, chamado de Cofi-Raps, e com valor de R\$ 28.953.995,53.
2. Resolução SES nº 2.129, de 16 de setembro de 2020, da continuidade do Cofi-Raps no valor de R\$ 47.010.079,50.
3. Resolução SES nº 2.429, de 9 de setembro de 2021, e da continuidade ao Cofi-Raps com o valor de R\$ 44.990.528,50.
4. Nota instrutiva aos 92 municípios sobre equidade e atenção psicossocial.
5. Nota técnica sobre a supervisão em saúde mental (indicador do Cofi-Raps).
6. Nota técnica sobre matriciamento (indicador do Cofi-Raps).
7. Resolução SES nº 2.712, de 6 de maio de 2022, e da continuidade do Cofi-Raps com o valor de R\$ 55.000.000,00.

Fonte: elaboração própria com base em legislações do estado do Rio de Janeiro⁵¹⁻⁵⁷.

As quatro resoluções pactuadas em CIB pelo Cofi-Raps no ERJ somaram, no período de quatro anos (2019 a 2022), o valor total de R\$ 175.954.603,53. A primeira resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019⁵¹, criou as modalidades iniciais; os critérios para os serviços no modo tripartite para os serviços já habilitados; e bipartite para os que aguardavam a publicação ou aprovação suspensa pelo MS, e já com os seus projetos técnicos aprovados em nível estadual. Conforme consta na resolução, os alvos do financiamento estadual foram os serviços de base territorial e comunitária: os Caps I, II, III, Caps Infantojuvenil (Capsi) e Caps Álcool e Drogas (Caps AD II e III); Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental (leitos em hospitais gerais); SRT; Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil (UA)⁵¹.

Ressaltam-se alguns aspectos, como: o financiamento dos leitos de saúde mental em hospital geral para os municípios menores, que não receberam recursos federais em razão das limitações de número mínimo e máximo de

leitos por estabelecimento de saúde segundo a normativa federal vigente à época; em 2020, a resolução do Cofi-Raps incluiu a Lei nº 141, de 2012⁵⁸, nos considerandos; em 2021, no terceiro ano do Cofi-Raps, destaca-se a criação de notas técnicas sobre planejamento e os indicadores do recurso pelo ERJ (supervisão⁵⁶ e matriciamento⁵⁷). Além disso, a partir de 2021, os municípios puderam credenciar os projetos técnicos dos serviços que aguardavam sua aprovação pelo Saips/MS; no quarto ano do Cofi-Raps, em 2022, o alcance do cofinanciamento foi de 100% dos municípios elegíveis, e os Centros de Convivência (Ceco) foram incluídos no financiamento estadual⁵⁴.

Na consulta ao *site* da CIB-RJ⁴⁷, é possível verificar o aumento das pautas de saúde mental na CIB com informações técnicas, apresentações, pactuações e credenciamento de serviços. Em 2019, foram identificados 14 itens; em 2020, foram 20 itens; em 2021, 42; e em 2022, 76 itens. Além disso, a Coordenação de Atenção Psicossocial informou que todos os documentos e pactuações levados à CIB foram discutidos nos grupos condutores da

Raps com os gestores das 9 regiões do ERJ e no âmbito estadual.

Além das normas em saúde mental, publicadas pela gestão estadual, outras publicações realizadas pela Alerj e pelo Ministério Público foram observadas:

1. Resolução GPGJ nº 2.464, de 2022, por meio da qual o Ministério Público do ERJ criou Força-Tarefa para atuar no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos e adultos com deficiência⁵⁹;
2. Lei Estadual nº 9.557, de 12 de janeiro de 2022, que altera a Lei nº 8.154, de 5 de novembro de 2018⁶⁰;
3. Lei Estadual nº 9.323, de 14 de junho de 2021, que cria a política estadual dos Ceco da Raps no ERJ⁶¹.

Além das leis supracitadas, vale dizer que a Frente Parlamentar em defesa da Reforma Psiquiátrica, com os movimentos de trabalhadores, profissionais de gestão, instruiu a criação, em 2018, da Lei estadual nº 8.154⁶² e da Lei Complementar nº 183⁶³, que estabelecem garantia da fonte de financiamento determinando que o Estado empregue 0,25% do Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais na Raps, sendo uma das bases do cofinanciamento estadual. Em 2023, esse parâmetro foi revisto por meio da Lei Complementar nº 210, de 21 de julho de 2023⁶⁴.

No nível estadual, mediante leitura das publicações e normas relacionadas com o campo da atenção psicossocial no período, observa-se que:

1. O Cofi-Raps foi modalidade de financiamento estadual estruturada no âmbito do SUS e a partir dos preceitos da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e do cuidado em âmbito comunitário;
2. A inclusão, como considerado em 2020, da Lei nº 141 na normativa estadual foi elemento importante no alinhamento da política de

saúde mental pública e interfederativa, pois ajusta a compreensão da utilização do recurso com relação à questão da temporalidade da sua utilização e forma de prestação de contas. A base técnica fortaleceu a relação com as leis do SUS de prestação de informações sobre os gastos em saúde. A partir dessa solução jurídica para garantir a continuidade do Cofi-Raps, as formas de responder municipalmente sobre como o recurso foi utilizado passavam a ser: os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), o acompanhamento do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Raas) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, além da interlocução técnica forte realizada pelo apoio técnico institucional nos grupos condutores da Raps nas nove regiões do ERJ. O ato passou a alinhar o seu cronograma ao do financiamento federal dos serviços já implantados, em lógica financiada pelos três entes e respeitando a unicidade do sistema de saúde brasileiro⁵⁸;

3. A lei estadual de financiamento da Raps e o apoio dos órgãos de controle e de garantia de direito quanto ao cuidado comunitário e no território;
4. O Cofi-Raps inova com a inclusão de recursos bipartite para: os leitos de saúde mental em hospital geral, contemplando a lógica do cuidado à crise no território, em especial, para os municípios com menos de 150 mil habitantes e os Cecos, que passam a compor os serviços cofinanciados em 2022;
5. O número de serviços municipais, que já vinham sofrendo nos últimos anos pelo congelamento dos recursos, foi mantido ou expandido (*tabela 1*). Destaca-se a criação de 44 unidades de SRT e de 18 serviços de base comunitária, itens fundamentais nos processos de desinstitucionalização e gestão de crise em liberdade;
6. Os municípios de Tanguá, Rio de Janeiro, Volta Redonda, São Gonçalo, Nova Friburgo,

Três Rios, Petrópolis e Campos tiveram, ao todos, 10 asilos psiquiátricos fechados, e os valores financeiros destinados aos manicômios de natureza privada foram, por meio de pactuação CIB, redirecionados aos municípios que acolheram os sobreviventes da longa internação psiquiátrica, para o fortalecimento do cuidado em saúde mental inclusivo. O número total de pacientes de longa permanência em manicômios psiquiátricos foi reduzido de 822 para 0 (exceto nos Hospitais Psiquiátricos de Tratamento e de Custódia da Secretaria de Administração Penitenciária – Seap, que foram as únicas instituições que ampliaram o número de pessoas internadas) (tabela 2);

7. Os resultados demonstram, nessa avaliação do Cofi-Raps, a importância das parcerias intersetoriais realizadas no âmbito estadual para a garantia do recurso financeiro, atingindo suas 9 regiões e quase 100% dos 92 municípios do ERJ, que hoje têm uma população estimada em 17.463.349 pessoas;

8. Considerando a população, a Raps do ERJ recebeu do governo estadual, anualmente, uma média de R\$ 2,51 por habitante do estado para os serviços da Raps existentes com Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 1. Serviços municipais de saúde mental pública financiados ou cofinanciados estadualmente no âmbito da rede de atenção psicossocial específica e do Sistema Único de Saúde

Tipo de Serviço financiado/Cofi-Raps	Ano			Ampliação dos serviços a partir de 2020
	2020	2021	2022	
Caps I	47	48	47	0
Caps II	52	52	52	0
Caps III	5	5	7	+2
Capsi	31	32	34	+3
Caps AD II	22	22	23	+1
Caps AD III	6	7	7	+1
SRT	168	185	202	+44
UA Adulto e Infantojuvenil	0	0	3	+3
Ceco*	NSA	NSA	8	+8
Leitos de saúde mental**	229	253	251	+22

Fonte: elaboração própria baseada em Coordenação de Atenção Psicossocial/SES (maio de 2023).

NSA = não se aplica, pois, à época, ainda não eram contemplados pelo Cofi-Raps; * Não é financiado pelo Ministério da Saúde; ** Nos locais onde há menos do que 8 leitos, o financiamento é bipartite (município e estado); No ano de 2019, a cobertura do Cofi-Raps foi de 6 meses, por isso não aparece na tabela. Nos anos de 2020, 2021 e 2022, a cobertura foi anual.

Tabela 2. Evolução do processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência e do fechamento dos manicômios psiquiátricos do estado do Rio de Janeiro (2019 a 2024)

Município	Instituição	Pacientes por ano	
		2019	2024
Campos dos Goytacazes	Abrigo João Vianna	14	Fechado
Niterói	Hospital Psiquiátrico Jurujuba	33	0 LP
Niterói	Hospital de Tratamento Psiquiátrico e de Custódia Henrique Roxo (SEAP)	74	50 pessoas em conflito com a lei

Tabela 2. Evolução do processo de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência e do fechamento dos manicômios psiquiátricos do estado do Rio de Janeiro (2019 a 2024)

Município	Instituição	Pacientes por ano	
		2019	2024
Nova Friburgo	Clínica Santa Lúcia	107	Fechado
Petrópolis	Clínica Santa Mônica	123	Fechado
Rio de Janeiro	Hospital de Tratamento Psiquiátrico e de Custódia Roberto de Medeiros (SEAP)	39	125 pessoas em conflito com a lei
Rio de Janeiro	IMAS Juliano Moreira	131	Fechado
Rio de Janeiro	IMAS Nise da Silveira	35	Fechado
Rio de Janeiro	IMAS Philipe Pinel	8	0 LP
Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria da Universidade de Brasil	7	0 LP
Rio de Janeiro	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro	Sem informação	0 LP
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Jurandyr Manfredini	4	Fechado
São Gonçalo	Clínica Nossa Sra. das Vitórias	188	Fechado
Tanguá	Clínica Ego	29	Fechado
Três Rios	Clínica Psiquiátrica Boa União	103	Fechado
Vassouras	Casa de Saúde Cananéia	40	Fechado
* Total de pacientes de Longa Permanência (LP), incluindo os pacientes em conflito com a lei		935	175
Total de pacientes de longa permanência (LP)		822	0 LP

Fonte: elaboração própria baseada em Coordenação de Atenção Psicossocial/SES e Seap (maio de 2024).

*A Resolução 487, do Conselho Nacional de Justiça, de fevereiro de 2023, determina o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Secretaria de Administração Penitenciária (Seap). A previsão é que estes sejam extintos e que pessoas em conflito com a lei, sofrimentos mentais e inimputáveis sejam acompanhados pelo SUS.

Nível interfederativo

Na comparação entre as ações propostas nos dois níveis de gestão, a análise evidencia diferenças com relação à compreensão do modelo de cuidado em saúde mental. Embora os dois níveis de gestão mencionassem a escassez de recursos e a lacuna de cuidados, conforme a indução feita pelo mhGAP, pode-se dizer que, para um mesmo SUS, foram articulados dois modelos de gestão do cuidado radicalmente diferentes em sua iniciativa e mérito. No âmbito federal, houve uma indução forte à valorização do modelo de cuidado baseado em diagnósticos exclusivamente e por meio de oferta ambulatorial especializada. Por exemplo, o estudo que menciona a discussão das lacunas de saúde mental tendo como referência central a prevalência de transtornos mentais

comuns em jovens e adolescentes⁴¹, sem necessariamente considerar os recursos das redes de atenção à saúde no modelo brasileiro de base territorial e comunitária⁴⁰, mas as referências de cuidado internacionais dirigidas aos países pobres e em desenvolvimento.

Na leitura da ausência de pactuações na CIT, essa percepção se acentuou. Na revisão de literatura internacional, pode-se perceber a mesma tendência observada em países de primeiro mundo³⁰ no desenvolvimento de políticas governamentais para os sistemas de saúde mental³¹, mas que encontram desafios em relação às populações mais vulneráveis, tais como: as residentes em áreas rurais, desempregados, indígenas e imigrantes pela sua dificuldade de adaptação ao sistema verificado nas barreiras de acesso à saúde²⁸.

Do ponto de vista estadual, o exato oposto é observado em relação aos conceitos que pautam a lógica do seu modelo de financiamento. A partir dos documentos encontrados^{51,59,62}, ficou evidente a parceria técnica da SES-RJ com a Alerj, o Ministério Público e a Defensoria como determinantes governamentais para a construção desse processo de financiamento e com base construída pelas lacunas de cuidado observadas no território do ERJ. Além disso, a área técnica da SES-RJ atuou no fortalecimento dos serviços descentralizados em articulação nos territórios, nas regiões, nos grupos condutores da Raps, na CIB e no Cosems RJ, em defesa de ordenamento de recursos da Raps e de acordo com o modelo da atenção psicossocial de base territorial e comunitária⁵⁴⁻⁵⁶, conforme orienta a PNSM. Também foi observado que essa realização teve como prioridade: a continuidade dos processos de desinstitucionalização, a tentativa de qualificação da atenção à crise no território e o apoio aos serviços municipais existentes, que aguardavam o financiamento nacional para expandir o número de serviços do SUS e reduzir as lacunas humanitárias no campo da atenção psicossocial, já observada em estudos que avaliam os modelos de atenção à saúde mental no Brasil^{1,40} – em um estado cujo passado escravocrata⁶⁵, cujas diferenças sociais atuais e o território marcado pela violência cotidiana são elementos que colaboraram para o sofrimento mental da população fluminense.

Essas situações permitem observar uma experiência radical no âmbito do SUS e da sua operacionalidade federativa, vivida a partir da defesa de dois modelos de cuidado e que disputam financiamento e poder. Estes, na prática, opõem-se pela indução que realizam: uma que se pauta na garantia do direito ao cuidado em liberdade e de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, luta antimanicomial e as convenções internacionais de direitos humanos; e outra de natureza relacionada com o raciocínio diagnóstico medicocentrado e hospitalocêntrico e que oferece cuidado em

saúde mental a partir de protocolos universalizados e serviços centralizados, sem envolver o território ou reconhecer suas necessidades³⁶.

Em outras palavras, a oposição que se evidencia imediatamente no embate de disputa de modelo de cuidado, isto é: o especialismo *versus* atenção comunitária não se resolve, pois se restringe, muitas vezes, à ideia de ‘melhor tratamento em saúde mental’. Adicionalmente, a construção dessa agenda de financiamento coloca em prática outras questões, como o endereçamento do que é viver em sociedade observando as diferenças e as respeitando, para incluí-las, garantindo o direito à cidadania e à vida em liberdade.

Essa experiência parece que é latino-americana, e brasileira, com localização geográfica específica abaixo do Trópico de Câncer; é também trazida por artigos de países como Chile²² e África do Sul²³, onde a discussão sobre o modelo de cuidado em saúde mental se associa a reparações históricas. Talvez a resposta para o início do fim dessa disputa deva estar na longa história da imigração forçada e na constituição da população que forma hoje o Brasil e traz consigo marcas e traumas coletivos do colonialismo. Nesse sentido, o impasse entre o especialismo e a atenção comunitária não se reduz apenas ao tratamento, mas às tomadas de decisão para a redução das lacunas financeiras quanto ao cuidado em saúde mental e que conversa com o sofrimento mental como uma construção marcada pela história das relações humanas. Nessa perspectiva, nenhuma escolha de gestão em saúde e de financiamento que exclua essa percepção poderá, de fato, enfrentar a redução das lacunas de cuidado em saúde mental brasileiras.

Conclusões

Este estudo consistiu em uma avaliação dos pontos de vista histórico e político do financiamento em saúde mental no âmbito do SUS, a partir da experiência de cofinanciamento

estadual, em período de dificuldade de diálogo com o MS marcada por diferenças conceituais sobre o modelo de cuidado em saúde mental em terras brasileiras. A revisão das normativas e a experiência do Cofi-Raps alertam para os desafios do financiamento em saúde, indicando que a disputa do financiamento e do modelo de cuidado está cada vez mais presente nos espaços de gestão³³⁻³⁵, sendo urgente a necessidade de qualificação dos gestores para a agenda de financiamento em saúde mental, reconhecendo os paradoxos que hoje o SUS enfrenta ao reconhecer que, efetivamente, há uma lacuna, mas que não se traduz apenas por oferta de atendimento individual e médico. Além disso, por meio do estudo do Cofi-Raps, observa-se que a sua existência envolveu diferentes setores da governança estadual e que a intersectorialidade e a relação com os gestores dos municípios foram fundamentais para a sua construção. Isto é, o SUS considera questões macropolíticas e, ao mesmo tempo, é capilar, chegando a todos os municípios do ERJ.

O desenvolvimento deste estudo é a oportunidade de refletir sobre boas práticas de financiamento da Raps, mas precisa nomear com maior clareza as necessidades da população fluminense hoje. A pesquisa demonstrou que o Cofi-Raps é um marcador de resistência ao desmonte da atenção psicossocial e ao seu desfinanciamento pelo nível federal, mas que pode ocorrer nos âmbitos estadual e municipal segundo o modelo de cuidado eleito. Além

disso, os dados observados são um alerta importante da necessidade de colocar a saúde mental em debate na prática, considerando a vivência e as necessidades da população com relação aos assuntos atuais que tangenciam a sociedade cotidianamente. Por exemplo: a vida pós-covid-19³⁹; a infância e a adolescência⁴¹; as populações em situação de vulnerabilidade²¹ e as catástrofes naturais e sanitárias ou com situações de violência crônica³⁸; e os traumas vivenciados de modo cada vez mais comum em diferentes territórios²².

Como limitação, este estudo não comenta a utilização dos recursos da saúde no pacote dos Programas Pactuados Integrados (PPI) do teto da MAC do SUS. Nesse sentido, ele aponta para estudos futuros visando ao desenvolvimento de metodologia de apoio aos gestores acerca da composição orçamentária, segundo as normas do SUS e envolvendo os três níveis de atenção, para que estes possam tomar decisões mais transparentes, integradas e conscientes na utilização dos recursos para o cuidado em saúde mental.

Colaboradores

Athié K (0000-0003-3936-7881)* contribuiu para redação, levantamento de dados e análise do manuscrito. Amarante P (0000-0001-6778-2834)* contribuiu para análise e revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2023 maio 7]; 51:19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>.
2. World Health Organization. *Mental health Atlas 2014*. WHO: Geneva; 2015. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, et al. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid. Based. Ment. Heal.* 2018 [acesso em 2023 maio 7]; 21(1):30-34. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102750>.
4. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007; 370(9594):1241-1252. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2).
5. Alberto A, Islam S, Haklay M, et al. Nada sobre nós sem nós: uma estratégia de coprodução para comunidades, pesquisadores e partes interessadas identificarão formas de melhorar a saúde e reduzir as desigualdades. *Expectativa de saúde.* 2023; 26(2):836-846.
6. Vieira FS. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. *Rev. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2023 maio 7]; 54:127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100304.
7. Felipe MSS, Rezende KS, Rosa MFF, et al. Um olhar sobre o Complexo Econômico Industrial da Saúde e a Pesquisa Translacional. *Saúde debate.* 2019 [acesso em 2023 maio 7]; 43(123):1181-1193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912316>.
8. Mendonça ALO, Camargo KR. Complexo médico-industrial/financeiro: Os lados epistemológico e axiológico da balança. *Physis.* 2012; 22(1):215-238.
9. Anais do 2. Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde. Manifesto de Bauru. Bauru; 1987.
10. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 1998.
11. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
12. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 31 Dez 1990.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_do_Orçamento.pdf.
14. 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.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12.* 2015 [acesso em 2023 maio 7]; 10(12):1-48. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 26 Dez 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Recomendação número 001, de 26 de janeiro de 2023. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. Brasília, DF: CNS; 2013. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>.

18. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016.
19. Ocké-Reis CO, Marinho A, Funcia FR, et al., organizadores. SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília, DF: Ipea, Conass, Opas, 2023. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avaliao%20da%20eficiencia.pdf.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.
21. Razzouk D, Cheli Caparrocce D, Sousa A. Community-based mental health services in Brazil. *Consort. Psychiatr.* 2020; 1(1):60-70.
22. Montenegro C, Irrarrázaval M, González J, et al. Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Glob. Ment. Health (Camb)*. 2023; 10:e29.
23. Edeh NC, Eseadi C. Mental health implications of suicide rates in South Africa. *World J. Clin. Cases*. 2023; 11(34):8099-8105.
24. Greene MC, Huang TTK, Giusto A, et al. Leveraging systems science to promote the implementation and sustainability of mental health and psychosocial interventions in low- and middle-income countries. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2021; 29(4):262-277.
25. Malhotra A, Thompson RR, Kagoya F, et al. Economic evaluation of implementation science outcomes in low- and middle-income countries: a scoping review. *Implement. Sci.* 2022; 17(1):76.
26. McDaid D, Park AL. Making an economic argument for investment in global mental health: The case of conflict-affected refugees and displaced people. *Glob. Ment. Health (Camb)*. 2023; 10:e10.
27. Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Canada: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020; 22(3):1-194.
28. Barnett P, Steare T, Dedat Z, et al. Interventions to improve social circumstances of people with mental health conditions: a rapid evidence synthesis. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1):302.
29. Gerkens S, Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020; 22(5):1-237.
30. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani J, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2022; 8(4):e144.
31. Arundell LL, Greenwood H, Baldwin H, et al. Advancing mental health equality: a mapping review of interventions, economic evaluations and barriers and facilitators. *Syst. Rev.* 2020; 9(1):115.
32. Humensky JL, Freed MC, Azrin ST, et al. PERSPECTIVE: Economic and Policy Research Interests Highlighted in the 25th NIMH-Sponsored Mental Health Services Research Conference. *J. Ment. Health Policy Econ*. 2023; 26(3):109-114.
33. Bowser DM, Henry BF, McCollister KE. Cost analysis in implementation studies of evidence-based practices for mental health and substance use disorders: a systematic review. *Implement. Sci.* 2021; 16(1):26.
34. Bastos ADA, Alberti S. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(1):285-295.
35. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2021; 19:e00313145.
36. Lima I, Sampaio JJC, Ferreira Júnior AR. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Terri-

- torial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. *Saúde debate*. 2023; 47(139):878-892.
37. Sanine PR, Silva LIF. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7):e00267720.
 38. Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e200239.
 39. Kabad J, Noal DS, Passos MFD, et al. A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00132120.
 40. Cruz N, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(3):e00285117.
 41. Ribeiro M, Gianini RJ, Goldbaum M, et al. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2018; 21:e180011.
 42. Brasil. Ministério da Saúde. Portal. [Brasília, DF]: Gov.br; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.
 43. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Portal. [Brasília, DF]: Conass; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>.
 44. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. [Brasília, DF]: Gov.br; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit>.
 45. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Portal [Internet]. Rio de Janeiro: SES; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br>.
 46. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Portal. Rio de Janeiro: Cosems; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/>.
 47. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro. Síntese das Reuniões. Rio de Janeiro: CIB; 2024. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/sintese-das-reunioes.html>.
 48. Controladoria-Geral da União. Fala.BR. Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. [Brasília, DF]: Gov.br; [data desconhecida]. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/web/home>.
 49. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.596, de 26 de dezembro de 2022. Suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por baixa taxa de ocupação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais. *Diário Oficial da União*. 27 Dez 2022.
 50. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Informe – Revogação da Portaria GM/MS nº 4.596/2022, que suspende o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal das Unidades de Referência Especializada em Hospitais Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Gov.br. 2023 mar 30. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/marco/informe-2013-revogacao-da-portaria-gm-ms-no-4-596-2022-que-suspende-o-repasse-do-incentivo-financieiro-de-custeio-mensal-das-unidades-de-referencia-especializada-em-hospitais-geral-integrantes-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps/view>.
 51. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1.911, de 23 de setembro de 2019. Institui o programa de cofinanciamento, fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS). *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. 24 Set 2019.

52. Rio de Janeiro. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.129, de 16 de setembro de 2020. Estabelece critérios e valores para o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2020, com parâmetros na Resolução nº 1.911, de 23 de setembro de 2019. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 30 Set 2020.
53. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.429, de 09 de setembro de 2021. Estabelece critérios e valores para o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2021. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 14 Set 2021.
54. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.712, de 6 de maio de 2022. Estabelece critérios e valores para o Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS) para o ano de 2022. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 9 Maio 2022.
55. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade. Nota instrutiva aos 92 municípios sobre equidade e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: SES; 2021. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/07/nota-instrutiva-aos-92-municipios-sobre-politicas-publicas-de-equidade-e-atencao-psicossocial-no-erj>.
56. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade. Nota técnica sobre o indicador do Cofi-Raps “supervisão clínico-institucional-territorial”. Rio de Janeiro: SES; 2021. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/08/nota-tecnica-sobre-o-indicador-do-cofi-raps-supervisao-clinico-institucional-territorial>.
57. Rio de Janeiro. Governo do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade. Nota técnica sobre indicador do Cofi-Raps “matriciamento”. Rio de Janeiro: SES; 2021. [acesso em 2024 maio 30]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2021/08/nota-tecnica-sobre-o-indicador-do-cofi-raps-matriciamento>.
58. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jan 2012.
59. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Resolução GPGJ nº 2.464, de 31 de março de 2022. Institui, no âmbito do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Força-Tarefa para atuar no processo de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos e adultos com deficiência. Diário Oficial Eletrônico do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. 6 Abr 2022. [acesso em 2023 maio 7]. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/resolucao_gpgj_n_2464_de_31_de_marco_de_2022.pdf.
60. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei nº 9.557, de 12 de janeiro de 2022. Altera a Lei nº 8.154, de 5 de novembro de 2018 para incluir os Centros de Convivência e Hospitais Gerais na política de participação do estado do Rio de Janeiro na rede de atenção psicossocial. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 13 Jan 2022.
61. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Estadual nº 9.323, de 14 de junho de 2021. Cria a política estadual dos Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 15 Jun 2021.

62. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Estadual nº 8.154, 5 de novembro de 2018. Estabelece parâmetros de participação do estado do Rio de Janeiro na rede de atenção psicossocial. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 11 Dez 2018.
63. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Complementar nº 183, 26 de dezembro de 2018. Altera a redação do artigo 6º da Lei Complementar nº 151, de 09 de outubro de 2013, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 27 Dez 2018.
64. Rio de Janeiro. Assembleia Legislativa. Lei Complementar nº 210 de 21 de julho de 2023. Derrubada de veto que dispõe sobre o Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais (FECP). Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 24 Jul 2023.
65. Passos RG. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. Em Pauta. 2020 [acesso em 2024 maio 30]; 18(45):116-129. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>.

Recebido em 14/05/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o financiamento teve como fonte pagadora o Fundo de Inovação da Fiocruz e do Ministério da Saúde no período de julho de 2022 a junho de 2023 e aprovado nos editais do Programa Fiocruz de Fomento à Inovação/Pós-Doutorado Júnior (inscrição: 31086231346788) para o projeto 'Avaliação de implementação de políticas públicas para o financiamento da rede de atenção psicossocial de base territorial e comunitária no âmbito do SUS: o caso do cofinanciamento estadual do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2022'

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto