

Artigo original



## A história da política de saúde mental no Amazonas: da institucionalização à reforma psiquiátrica

### The history of mental health policy in Amazonas: from institutionalization to psychiatric reform

### La historia de la política de salud mental en Amazonas: de la institucionalización a la reforma psiquiátrica

Raquel Maria Navarro<sup>1</sup> Zeca Manuel Salimo<sup>2</sup> Júlio César Schweickardt<sup>3</sup> <sup>1</sup>Autora para correspondência. Fundação Hospitalar Alfredo da Matta (Manaus). Amazonas, Brasil. raquel.psicologamaneus@gmail.com<sup>2</sup>Universidade Lúrio (Nampula), Moçambique. zecasalimoo@gmail.com<sup>3</sup>Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde (Manaus). Amazonas, Brasil. Instituto Leônidas & Maria Deane – FIOCRUZ (Manaus). Amazonas, Brasil. julio.ilmld@gmail.com

**RESUMO | OBJETIVO:** Este artigo descreve o contexto da Política de Saúde Mental no Brasil e no Amazonas, analisando a história dessa política no estado em conexão com o sistema econômico, político e social do país. **MATERIAL E MÉTODOS:** A pesquisa qualitativa utilizou fontes orais e documentais. Foram entrevistados atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica e suas estratégias para registrar a história da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no Amazonas. **RESULTADOS:** O Brasil é reconhecido internacionalmente por priorizar a desinstitucionalização em saúde mental, promovendo redes de atenção psicossocial que garantem cidadania e inclusão para pessoas em sofrimento mental. No Amazonas, as iniciativas da década de 1980 foram estagnadas nos anos 1990, sendo retomadas em 2000 com debates sobre a Reforma Psiquiátrica. A mobilização resultou na Política Estadual de Saúde Mental, aprovada em 2003 pela Resolução CES nº 037, visando substituir hospitais psiquiátricos por serviços comunitários. O projeto de lei estadual em Saúde Mental nº 3.177 só foi sancionado em 2007, e o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi inaugurado em Parintins (2005) e em Manaus (2006). **CONCLUSÃO:** O período analisado abrange do século XIX até a atualidade. Apesar dos avanços, as fontes indicam que a política de saúde mental no Amazonas sofreu influência de agendas políticas dos governantes estaduais e municipais e conflitos entre os atores, comprometendo a implantação dos serviços e sobrecarregando o atendimento psiquiátrico emergencial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde. Saúde Mental. História da Saúde. Amazônia.

**ABSTRACT | OBJECTIVE:** This article describes the context of Mental Health Policy in Brazil and Amazonas, analyzing the history of this policy in the state in connection with the country's economic, political, and social system. **MATERIAL AND METHODS:** The qualitative research used oral and documentary sources. Actors involved in the Psychiatric Reform Movement and their strategies to record the history of Mental Health and Psychiatric Reform in Amazonas were interviewed. **RESULTS:** Brazil is internationally recognized for prioritizing deinstitutionalization in mental health, promoting psychosocial care networks that guarantee citizenship and inclusion for people with mental suffering. In Amazonas, the initiatives of the 1980s were stagnant in the 1990s, being resumed in 2000 with debates on Psychiatric Reform. The mobilization resulted in the State Mental Health Policy, approved in 2003 by Resolution CES No. 037, aiming to replace psychiatric hospitals with community services. The state bill on Mental Health No. 3,177 was only sanctioned in 2007, and the first Psychosocial Care Center (CAPS) was opened in Parintins (2005) and Manaus (2006). **CONCLUSION:** The period analyzed covers the period from the 19th century to the present. Despite the advances, the sources indicate that mental health policy in Amazonas was influenced by the political agendas of state and municipal governments and conflicts between stakeholders, compromising the implementation of services and overloading emergency psychiatric care.

**KEYWORDS:** Health Policy. Mental Health. History of Health. Amazon.



**RESUMEN | OBJETIVO:** Este artículo describe el contexto de la Política de Salud Mental en Brasil y Amazonas, analizando la historia de esa política en el estado en conexión con el sistema económico, político y social del país. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Investigación cualitativa que utilizó fuentes orales y documentales. Se entrevistaron actores involucrados en el Movimiento de Reforma Psiquiátrica y sus estrategias para registrar la historia de la Salud Mental y la Reforma Psiquiátrica en Amazonas. **RESULTADOS:** Brasil es reconocido internacionalmente por priorizar la desinstitutionalización en salud mental, promoviendo redes de atención psicosocial que garantizan ciudadanía e inclusión a personas en sufrimiento mental. En Amazonas, las iniciativas de los años 1980 quedaron estancadas en los años 1990, retomándose en 2000 con debates sobre la Reforma Psiquiátrica. La movilización resultó en la Política Estatal de Salud Mental, aprobada en 2003 por Resolución CES nº 037, cuyo objetivo es sustituir los hospitales psiquiátricos por servicios comunitarios. El proyecto de ley estatal de Salud Mental nº 3.177 no fue sancionado hasta 2007, y se inauguró el primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en Parintins (2005) y Manaus (2006). **CONCLUSIÓN:** El período analizado abarca desde el siglo XIX hasta la actualidad. A pesar de los avances, las fuentes indican que la política de salud mental en Amazonas estuvo influenciada por agendas políticas de los gobiernos estatales y municipales y conflictos entre actores, comprometiendo la implementación de servicios y sobrecargando la atención psiquiátrica de emergencia.

**PALABRAS CLAVE:** Política de Salud. Salud Mental. Historia de la Salud. Amazonia.

## Introdução

Apesar das críticas de seus opositores, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem servido de modelo de mudança de paradigma na assistência e na busca pela garantia de direitos das pessoas em sofrimento ou transtorno mental para outros países. A Reforma Psiquiátrica Brasileira serviu de modelo para um programa global a ser desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2009. O convite feito para que o Brasil integrasse a um grupo internacional junto com Egito, Itália e Holanda para desenvolver a estratégia mundial de tratamento de pacientes com distúrbios mentais e abuso de drogas, com a proposta de ampliar o acesso às terapias, garantindo os direitos humanos e privilegiando o tratamento ambulatorial, é um exemplo disso.

O modelo brasileiro que começou a ser desenhado na década de 1980, inspirado em uma experiência italiana, só ganhou impulso com a entrada em vigor, em 2001, da lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 (2001), que determinava a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada, formada por núcleos de atendimentos, redes de apoio, hospitais-dia. A partir dessa data, diversas críticas surgiram, entre elas a lentidão da instalação da rede extra-hospitalar, da ampliação da rede de assistência e do cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, provocando a desassistência dos serviços.

Segundo [Figueiredo](#) (2019), as conquistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil na última década são inegáveis, refletindo um caminho irreversível para o futuro da saúde mental, no qual cresce a importância do trabalho compartilhado, especialmente com a Atenção Primária, integrando diferentes setores e promovendo colaborações interdisciplinares. E o foco é na rede ampliada, onde trabalho em redes inclui instituições e setores diversos, como educação, cultura, trabalho e lazer, transcendendo os limites tradicionais da saúde. Buscando sempre a superação da mentalidade asilar, em que um novo vocabulário e concepção de cuidado sustentam dispositivos abertos, territoriais, centrados em acolhimento, acompanhamento e inclusão social. Essas direções apontam para um modelo mais integrado e humanizado de atenção à saúde mental.

A RPB reflete não apenas avanços, mas também os tensionamentos constantes em torno dos critérios normativos que definem a evolução da sociedade brasileira. Embora a RPB tenha alcançado conquistas importantes, enfrenta desafios persistentes como: a importância da formação dos psiquiatras a partir do que preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Questões como burocratização, desigualdade regional e subfinanciamento, agravados por forças contrárias que articulam uma contrarreforma. Essa dinâmica, fortalecida por mudanças políticas no Brasil a partir de 2010, culminou em retrocessos marcantes, como a substituição de lideranças da reforma por defensores do modelo manicomial, a defesa de práticas como eletroconvulsoterapia, o fortalecimento de comunidades terapêuticas, e o redirecionamento de recursos financeiros para hospitais psiquiátricos em detrimento de serviços comunitários. Esses retrocessos são impulsionados por alianças estratégicas que priorizam interesses conservadores, enquanto pesquisas críticas são silenciadas para sustentar políticas moralistas e autoritárias ([Mezza & Torrenté, 2020](#)).

Ao analisar as trajetórias normativas da política nacional de saúde mental no Brasil, destacam-se três perspectivas principais: 1) Conflitos trabalhistas e enfrentamento ao autoritarismo – As reformas na política de saúde mental refletem lutas históricas pela garantia de direitos e pela oposição a políticas autoritárias. No entanto, observa-se um desmonte progressivo da proteção social em saúde mental, especialmente sob governos conservadores, que priorizam a internação em instituições asilares, favorecendo um processo de remanicomialização. 2) Mudanças conservadoras e gestão federal – O conservadorismo na política de saúde mental não se restringe a governos de direita pós-2016, mas também aparece em gestões progressistas. Isso se reflete em programas proibicionistas que reforçam desigualdades raciais e sociais. Desde 2011, tem-se registrado um fortalecimento de dispositivos asilares em detrimento das iniciativas psicossociais promovidas pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial. 3) Necessidade de resistência e avaliação crítica – A saúde mental deve ser preservada como um campo de movimento e luta, enfrentando retrocessos e defendendo uma ética do cuidado centrada na valorização da vida. Diante desse cenário, torna-se essencial a realização de pesquisas que avaliem os impactos das políticas recentes, com foco na experiência cotidiana dos profissionais e usuários dos serviços de saúde mental (Lima et al., 2023).

A atual Política de Saúde Mental no Brasil apresenta sinais de retrocesso em relação aos avanços da Reforma Psiquiátrica, que promoveu humanização, cidadania e autonomia aos usuários. A Reforma transformou modelos de atenção, combatendo práticas manicomiais e cronificação em instituições, além de ampliar direitos e inclusão social. No entanto, as recentes gestões, com enfoques neoliberais e conservadores, priorizam interesses do mercado financeiro sobre políticas públicas, enfraquecendo a Reforma. Um exemplo é a Nota Técnica nº 11/2019, do governo Bolsonaro, que reintroduziu práticas consideradas retrógradas, como eletroconvulsoterapia, internação de crianças, mudanças nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e abstinência forçada no tratamento de dependência química. Essas ações rompem com os princípios humanitários da Reforma, reforçando práticas desumanas (Camelo, 2020).

Apesar de o Amazonas ter apresentado, ainda na década de 1980, uma proposta inicial do que mais tarde seria conhecido como Reforma Psiquiátrica, essa iniciativa se perdeu nos anos 1990 e só foi retomada nos anos 2000. No entanto, segundo os entrevistados, a reforma não se concretizou plenamente devido à falta de articulação entre os envolvidos e ao pouco engajamento da sociedade civil. A criação da Comissão da Reforma Psiquiátrica visava subsidiar o Conselho Estadual de Saúde (CES) nas decisões para implementar ações voltadas à reforma no Amazonas, porém, observou-se grande desgaste entre seus membros e divergências nas propostas aprovadas. As atas das reuniões do CES evidenciam a desarticulação e a falta de prioridade para a saúde mental no Amazonas, mesmo após anos de discussões. Em 2005, foi registrado o remanejamento de verbas de saúde mental para outras áreas, demonstrando o descaso histórico com o tema (ATA 137ª, 2005). Mesmo sendo pioneiro na formulação de uma Política Estadual de Saúde Mental, não conseguiu efetivar essa política. O Conselho Estadual de Saúde aprovou a Política Estadual através da Resolução CES nº 037 de 04/11/2003, que posteriormente foi aprovada a lei de saúde mental estadual de nº 3.177 de outubro de 2007, que tem como diretrizes a Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Desse modo, podemos deduzir que a falta de efetividade da política de saúde mental se deu muito pela desarticulação entre os diversos atores e as instituições de assistência e cuidado. Por outro lado, a falta de priorização das gestões estadual e municipal na desinstitucionalização psiquiátrica tem produzido uma reduzida capacidade de implantação dos serviços substitutivos e estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, dificultando a efetivação da Reforma Psiquiátrica no estado.

A maior crítica à reforma psiquiátrica no Amazonas, e em outras regiões do Brasil, reside na persistência de uma lógica de cuidado predominantemente ambulatorial, centrada em hospitais e consultas esporádicas, em detrimento de um modelo que priorize a inclusão social, a reabilitação psicossocial e o cuidado em rede. Essa abordagem contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica, que busca a desinstitucionalização e a oferta de serviços comunitários integrados à vida cotidiana das pessoas. No Amazonas, essa fragilidade é agravada pelo desinteresse político e estratégico

dos gestores, enquanto os CAPS enfrentam desafios relacionados à falta de recursos e às especificidades regionais, dificultando a superação do estigma social e a construção de práticas inclusivas que promovam autonomia e reintegração. Em Manaus, até 2014, predominava a prática hospitalar/ambulatorial como modelo de cuidado.

As políticas federais têm um impacto profundo na gestão da saúde mental em níveis estaduais e municipais, influenciando o financiamento, diretrizes e prioridades da assistência. No Brasil, a partir de 2016, mudanças políticas, como o impeachment de Dilma Rousseff e a ascensão de grupos conservadores, trouxeram retrocessos à Reforma Psiquiátrica, enfraquecendo a desinstitucionalização e privilegiando modelos hospitalocêntricos e comunidades terapêuticas. Políticas como a nova abordagem sobre drogas em 2019, que priorizou a abstinência e a internação, e a inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) no SUS geraram críticas por contrariarem os princípios de autonomia e humanização da reforma (Sampaio & Bispo Jr, 2021).

Para Dassoler e Palombini (2020), a pandemia de COVID-19 ressaltou a necessidade de fortalecer cuidados comunitários e serviços de atenção primária, mas a desconsideração da sociedade civil e a redução do controle social indicaram um enfraquecimento das políticas de cuidado psicossocial e um risco à continuidade dos avanços conquistados. A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe avanços importantes na humanização e na inclusão de pessoas com transtornos mentais, promovendo autonomia e cidadania por meio de serviços comunitários. Contudo, a atual Política de Saúde Mental no Brasil enfrenta retrocessos, especialmente após mudanças políticas que privilegiaram um modelo conservador e neoliberal. Durante o governo Bolsonaro, medidas como a Nota Técnica nº 11/2019 (2019) autorizaram práticas consideradas desumanas, como a eletroconvulsoterapia (ECT) e a internação de crianças em hospitais

psiquiátricos, além de priorizarem a abstinência forçada no tratamento da dependência química. Esses retrocessos fragilizam os avanços conquistados e reforçam desafios históricos, como a estigmatização, a hipermedicalização e a insuficiente cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para evitar o retorno a práticas manicomialis, é essencial consolidar um modelo inclusivo e territorial, que fortaleça a cidadania e os direitos dos usuários.

A pesquisa, conduzida no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, examina o contexto da Política de Saúde Mental no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas. O estudo investiga como a trajetória dessa política está intrinsecamente conectada aos sistemas econômico, político e social do país.

A relevância e justificativa da pesquisa se dão por diversos motivos: investigar a trajetória da saúde mental no Amazonas permite entender como as políticas públicas federais e estaduais foram sendo adaptadas às realidades locais. Isso ajuda a identificar tanto os avanços quanto os desafios persistentes no processo de desinstitucionalização e de implantação de serviços comunitários de saúde mental. O Amazonas apresenta particularidades geográficas, culturais e sociais que influenciam a implementação de políticas públicas, especialmente na saúde mental. A diversidade de populações, como as indígenas e os ribeirinhos, exige um olhar específico para as estratégias de atendimento, incluindo a mobilização de recursos e serviços que atendam a essas populações de maneira adequada. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha sido um avanço significativo em termos de direitos humanos, sua implementação efetiva no Amazonas se deu de forma desigual, sendo importante entender como a política foi adaptada a uma realidade marcada por grandes distâncias e dificuldades de acesso a serviços. A desinstitucionalização e a mudança de paradigma do cuidado à saúde mental impactam diretamente a vida das pessoas com transtornos mentais, que passam a ter mais liberdade e autonomia. Essa mudança também é crucial para a redução do estigma e da exclusão social.

A pesquisa sobre essa temática se justifica, portanto, tanto pela necessidade de compreender como as políticas públicas foram implementadas no Amazonas quanto pela relevância em contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde mental na região, considerando as especificidades locais e os avanços da Reforma Psiquiátrica. Esse tipo de estudo pode servir como base para futuras intervenções, propostas de políticas públicas mais eficazes e, sobretudo, para a promoção de uma saúde mental mais inclusiva e acessível para todos os cidadãos, independentemente de sua localização geográfica.

O objetivo principal é analisar, sob uma perspectiva histórica, social e política, o surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica no estado, buscando compreender como os processos locais se articularam com as mudanças no cenário nacional. Para tanto, a pesquisa emprega fontes documentais, relatos orais e a memória coletiva como ferramentas essenciais para a construção e interpretação dos dados.

## Material e métodos

### Locus da pesquisa

A pesquisa foi conduzida a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando fontes orais e documentais. Tal metodologia revelou-se essencial para explorar a história do movimento de reforma psiquiátrica no Amazonas, porque essa está registrada principalmente na memória de personagens que vivenciaram esse período. O relato desses personagens foi relevante para o entendimento do contexto social, de certo modo também político da história da Política de Saúde Mental e da institucionalização à reforma psiquiátrica no Amazonas. A organização do conhecimento através das entrevistas possibilitou a criação de um espaço propício à reflexão dos sujeitos sobre a atuação, tanto pessoal quanto organizacional, no movimento pela Reforma Psiquiátrica.

### Participantes

O processo de identificação dos entrevistados seguiu um modelo em cadeia: os participantes inicialmente selecionados indicaram outros atores relevantes para a temática, ampliando o alcance das entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, obtida em 31 de julho de 2014. As entrevistas ocorreram no período de 01/08/2014 a 10/03/2015.

As fontes documentais foram acessadas através da análise de documentos produzidos no período determinado: a) Leis, Portarias e Decretos publicados no Diário Oficial do Estado relacionados ao Programa Estadual de Saúde Mental; b) Relatórios, atas de reunião, propostas de intervenção, ofícios produzidos pelas instituições de referência a Reforma Psiquiátrica no estado, – da SUSAM, Relatório de Gestão do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – (CER, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA, Parintins e Manacapuru), Conselho Estadual de Saúde, Diário Oficial do Estado do Amazonas, ONG para defesa dos direitos civis e políticos dos portadores de transtorno mental; c) Arquivo de jornais impressos com notícias sobre momentos relevantes tais como: a redução de número de leitos, fechamento do hospital psiquiátrico, implantação de serviços substitutivos, denúncias em relação ao modo de tratar os pacientes no hospital psiquiátrico, movimento dos trabalhadores em saúde mental, movimento dos usuários (Biblioteca Pública do Amazonas).

As fontes orais foram obtidas através das entrevistas individuais semiestruturadas realizadas com: Entrevistas temáticas: a) Profissionais de saúde que tenham participado da assistência psiquiátrica no período da Reforma Psiquiátrica no estado (1 CER, 1 Policlínica, 1 CAPS Manaus, 1 CAPS Estado); b) Coordenadores do Programa Estadual de Saúde Mental que assumiram o cargo no período de 2001 a 2013; c) Gestores municipais de Saúde Mental (Capital, Parintins – CAPS tipo I, Manacapuru – 1 CAPS AD); d) Representante de ONG em defesa dos

direitos civis e políticos dos portadores de transtorno mental. Entrevistas de História oral de vida: Com um usuário da rede de atenção em saúde mental e que ficou internado no CPER por um determinado período e atualmente é usuário da rede de serviços substitutivos.

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro previamente organizado, considerando o envolvimento dos informantes com o objeto de pesquisa e o tipo de entrevista oral. Após a leitura e aprovação do termo de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas foram gravadas com um gravador digital. Os depoimentos foram transcritos na íntegra e, posteriormente, fichados, destacando as informações relevantes para os tópicos do roteiro.

Foram utilizados cinco tipos de roteiros para diferentes grupos de participantes, e os entrevistados ajudaram a identificar outros atores para serem entrevistados. Os critérios de inclusão consideraram a ocupação de cargos ou funções específicas, como coordenadores de saúde mental, usuários da Rede de Atenção Psicossocial, profissionais do CPER, da Policlínica e do CAPS (tipos II e III), e gestores municipais de saúde mental. Foram excluídos indivíduos considerados incapazes, aqueles sem autorização familiar ou que recusaram participar da pesquisa.

### **Análise de dados**

A análise das entrevistas foi realizada por meio da análise do discurso, considerando o contexto dos fatos relatados. Estabeleceu-se uma correlação entre mudanças na política nacional e seus impactos na Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas. Fontes documentais, como ofícios, relatórios e atas de reuniões, foram usadas para complementar e organizar cronologicamente as informações das entrevistas. A pesquisa, de caráter qualitativo, buscou significados e sentidos nas falas dos participantes,

respeitando sua espontaneidade, conforme [Minayo](#) (2008), e utilizou a categoria de memória coletiva de [Halbwachs](#) (2006), que destaca o papel dos grupos na construção da memória individual. O foco é compreender a Reforma Psiquiátrica no Amazonas a partir da memória dos envolvidos no processo.

### **Questões éticas**

Por fim, o presente projeto, tomou como base de orientação ética a Resolução de nº [466/2012](#), que consiste em diretrizes e normas que regulam as pesquisas com os seres humanos. O projeto foi submetido em junho de 2013 na Plataforma Brasil e encaminhado para o Comitê de Ética da Fundação Universidade do Amazonas - FUA (UFAM). O projeto recebeu aprovação com parecer de nº 734.383 que consta no Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) de número: 31084214.7.0000.5020, em 30/07/2014. Os nomes dos participantes citados no estudo são fictícios como forma de preservar sua identidade e sigilo, conforme diálogo com os mesmos durante a apreciação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lido coletivamente antes do início da pesquisa.

## **Resultados e discussão**

### **Percursos da saúde mental no Brasil e no Amazonas**

A trajetória das políticas e ações de saúde mental no país e no Amazonas foi analisada tomando por referência os contextos: econômico, social e político; de organização dos sistemas de saúde; e dos aspectos normativos e legais. Com base nesses critérios, foram sistematizados sete períodos apresentados a seguir. No Quadro 1 estão dispostos os principais aspectos de cada período.



**Quadro 1.** Características dos períodos da atenção em saúde mental no Brasil e no Amazonas, 1841-2019 (continua)

| Período histórico  | Contextos econômico, social e político  | Organização do sistema de saúde   | Características da atenção em saúde mental  | Marcos do Sistema de Saúde Mental no Amazonas   |
|--|---|---|---|---|
| Institucionalização da saúde mental (1841-1964)          | Período imperial<br>Proclamação da República (1889)<br>Urbanização e industrialização<br>Estado Novo, período Vargas (1930-1945)<br>Instabilidade democrática (1945-1964)                         | Modelo higienista de cuidado em saúde<br>Fragmentação institucional entre medicina previdenciária e saúde pública   | Cuidado central no hospital e no encarceramento<br>Ascensão da psiquiatria científica (após 1889)<br>Preconização de desinstituição progressiva (1961)  | Em 1870, os chamados “loucos”, “indigentes” e “incapacitados” passam a ocupar as dependências da Santa Casa de Misericórdia.<br>Em 1889, criou-se o Hospício Barão de Manaus, que fechou anos depois.<br>Em 1894 o atendimento aos doentes passou a funcionar numa das alas da Santa Casa e na cadeia pública do estado, para os casos de diagnóstico de doença mental.<br>Até 1896, o hospital era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, que em 1898 passou a se chamar Asilo dos Alienados Eduardo Ribeiro<br>Em 1913, a desanexação do Asilo da Santa Casa.<br>Em 1940, foi denominada Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, com ampliação em 1961.  |
| Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978) | Regime autoritário<br>Desenvolvimentismo econômico concentrador de renda<br>Centralização administrativa<br>Redução de gastos com políticas sociais e submissão aos interesses do capital privado | Modelo de atenção centrado na assistência hospitalar e no setor privado<br>Intensificação da dicotomia entre medicina previdenciária e saúde pública<br>Agravamento das condições de saúde e desassistência                 | Cuidado central no hospital e no encarceramento<br>Privatização e indústria da loucura<br>Hospitais psiquiátricos superlotados, com serviços de má qualidade e iatrogênicos   | Em 1967, reformas subsequentes<br>Década de 70, criado pelo psiquiatra Dr. Benedito Barbosa, o Instituto Eugene Minkowski (hospital privado).<br>Déc de 70: ao assumir o Programa Estadual de Saúde Mental do Amazonas, o psiquiatra Silvério Tundis realiza várias mudanças dentro do Eduardo Ribeiro.<br>1970 a 1980: Ambulatório do INAMPS na Getúlio Vargas, tinha o ambulatório da faculdade de medicina, tinha o ambulatório do PAM Codajás, uma clínica privada que era um verdadeiro depósito de loucos e o Eduardo Ribeiro<br>Nas décadas de 1970-1980, o panorama assistencial em saúde mental no Amazonas passou por diversas iniciativas de mudança, com o movimento de desospitalização e redução de leitos psiquiátricos, mas sem a implantação de serviços substitutivos adequados, o que gerou sérias críticas. |
| Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)    | Esgotamento do modelo econômico<br>Mobilização social pela redemocratização   | Movimento da Reforma Sanitária Brasileira<br>Defesa da saúde como direito<br>Ações e programas de ampliação da cobertura (ações integradas em saúde, Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) | Criação do MTSM e ‘Crise da Dinsam’<br>I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e instituições; V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978) III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979) Forte crítica ao modelo asilar, à violência institucionalizada e à privatização da assistência<br>Fortalecimento do movimento da RPB | 1980: a nível nacional ao implantar mudanças na assistência em saúde mental dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Dentre estas, destacam-se práticas inovadoras como a terapia ocupacional, terapia comunitária e de atividades remuneradas como a produção agrícola, criação de suínos, que buscavam descronificar os pacientes e restituir-lhes a cidadania, promovendo a integração através do trabalho.<br>1982: CPER, passa a ser subordinado à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas através do Decreto Governamental nº. 6.472, publicado no Diário Oficial do Estado em 22 de julho de 1982.<br>Déc de 80: A descentralização da saúde mental, promovida por Silvério Tundis, foi outro marco importante, com a distribuição de medicamentos e serviços para diversos municípios do estado.                |

**Quadro 1.** Características dos períodos da atenção em saúde mental no Brasil e no Amazonas, 1841-2019 (conclusão)

| Período histórico  | Contextos econômico, social e político   | Organização do sistema de saúde   | Características da atenção em saúde mental  | Marcos do Sistema de Saúde Mental no Amazonas  |
|--|--|---|---|--|
| Redemocratização, criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990) | Fim do regime autoritário Crise econômica e hiperinflação Assembleia Nacional Constituinte (1988)  | Saúde incluída na pauta política VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) Criação do SUS (1988) Lei Orgânica da Saúde (leis n. 8.090/1990 e n. 8.142/1990)   | I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (1987) Experiências exitosas de desinstitucionalização e novos modelos de atenção em saúde mental (1987-1989)  | 1988: aprovada a lei estadual nº 1.874, criando o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus, resolvendo a questão dos pacientes criminais após 48 anos de atraso  |
| Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)                               | Governo Collor (liberalização do mercado) Ajuste macroeconômico e Plano Real Reforma do Estado   | Implementação do SUS Descentralização da gestão em saúde Desenvolvimento da atenção primária à saúde, com a criação do PACS e do PSF                          | Criação da Coordenação de Saúde Mental (1991) II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) Reformulação do arcabouço normativo da saúde mental Difusão de nova mentalidade e formas de cuidar em saúde mental Criação do CAPS e mecanismos substitutivos  | Em 2000, foi realizada a 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental   |
| Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)                      | Governo do Partido dos Trabalhadores (2003-2016) Valorização das políticas sociais e de distribuição de renda  | Ascensão dos sanitaristas ao comando do Ministério da Saúde Coordenação de Saúde Mental conduzida por defensores da Reforma Psiquiátrica                      | Lei da Reforma Psiquiátrica e criação da RAPS Arcabouço legal e normativo para a desinstitucionalização Expressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010)  | Em 2003, parceria com a Fiocruz para oferecer o primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental, formando profissionais para implementar a reforma psiquiátrica no estado. Em 2003 foi aprovada a Política Estadual de Saúde Mental em 2003 - Lei Estadual nº 3.177. Em 2007 essa lei foi sancionada e determinou a criação de dispositivos substitutivos como CAPS e serviços residenciais terapêuticos, embora a rede de atendimento em saúde mental Em 2005 foi implantado o primeiro CAPS em Parintins Em 2006 foi implantando o primeiro CAPS De Manaus Em 2006: O novo modelo assistencial em psiquiatria, estabelecido pela Lei de Reforma Psiquiátrica, foi implantado no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2006, substituindo o atendimento ambulatorial por "Clínicas de Recepção", "Clínicas de Patologias" e "Clínicas de Dependência Química". Em 2014 foram implantados os SRT. Em 2009 a 2013: implantando 19 CAPS no interior e consultório de rua em Manacapuru |
| Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019)                                 | Impeachment da presidente Dilma Rousseff (2016) Ocupação do governo por setores conservadores (2016-2018) Priorização e intensificação dos programas de austeridade fiscal e ajuste macroeconômico Eleição da extrema direita e agenda ultraliberal (2019) | Emenda constitucional n. 95 Restrição orçamentária ao SUS Valorização do setor privado para prestação da assistência à saúde Restrição da participação social | Aprovação da nova PNSM Inserção dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS Aumento do incentivo financeiro para internações Proposta de retomada da eletroconvulsoterapia no sistema público Nova Política Nacional sobre Drogas Fortalecimento e financiamento para comunidades terapêuticas e foco na abstinência Retirada da sociedade civil da composição do Conselho Nacional sobre Drogas |  |

Fonte: Extraído de [Sampaio](#) e Bispo (2021) e alterado pelos autores.

Nota: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Sistema Único de Saúde (SUS), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).



## História da política de saúde mental do Brasil

### ***Da institucionalização da loucura no Brasil (1841 a 1864) ao autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978)***

Entre 1841 e 1964, a institucionalização da loucura no Brasil consolidou intervenções psiquiátricas e estatais no sofrimento mental, inicialmente sob os princípios alienistas e a gestão psiquiátrica do Hospício de Alienados Pedro II, criado no Brasil Império, com reforço da psiquiatria científica e medicalização na República (Paim et al., 2011; Lima, 2018; Messas, 2008). Medidas higienistas e eugenistas dos anos 1920 ampliaram a atuação estatal, enquanto o decreto n. 24.559/1934 regulamentou internações compulsórias, associando adoecimento mental à periculosidade (Yasui, 2010; Fernandes, 2018). Após 1964, o autoritarismo da ditadura impulsionou a privatização da saúde mental, fortalecendo o sistema manicomial e gerando lucros para clínicas privadas, embora muitas internações fossem desnecessárias (Paim et al., 2011; Cerqueira, 1984). A precariedade dos hospitais públicos e as fraudes no modelo asilar provocaram críticas, incentivando debates sobre alternativas no cuidado em saúde mental (Paulin & Turato, 2004; Escorel, 2012).

### ***Da origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984) à redemocratização, criação do Sistema Único de Saúde e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)***

Nos anos 1970, hospitais públicos enfrentavam abandono e precariedade, enquanto os privados buscavam lucro à custa de serviços degradantes (Paulin & Turato, 2004). Entre 1978 e 1984, o modelo manicomial privatista, caracterizado por precariedade nos hospitais públicos e busca de lucros por clínicas privadas, foi alvo de críticas devido a fraudes e à desassistência resultante do autoritarismo da ditadura (Paim et al., 2011; Cerqueira, 1984; Paulin & Turato, 2004). Com a redemocratização e a criação do SUS, consolidaram-se debates em torno de paradigmas alternativos, como a substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços abertos e comunitários (Ministério da Saúde, 2005; Pitta, 2011). A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e iniciativas como os primeiros CAPS e redes substitutivas fortaleceram a luta antimanicomial, culminando no projeto de lei de Paulo Delgado, que propôs a extinção dos manicômios e abriu debates éticos e jurídicos sobre a saúde mental no Brasil (Amarante & Nunes, 2018; Delgado, 2019).

### ***Da implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000) aos avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)***

Na década de 1990, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) consolidou-se como política pública, com a criação de dispositivos comunitários como NAPSS e CAPSS, regulamentados pelas portarias n. 189/1991 e n. 224/1992, e a substituição do modelo hospitalocêntrico, impulsionada pela Declaração de Caracas e a Coordenação de Saúde Mental (Pitta, 2011; Tenório, 2002). A II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992 consolidou diretrizes como territorialização e municipalização, enquanto a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em 2000 visou à redução de leitos psiquiátricos (Portaria de consolidação nº 3, 2017). Apesar dos avanços na expansão de serviços substitutivos, como os CAPS e NASFs, o financiamento insuficiente e a cobertura limitada continuaram sendo desafios significativos (Ministério da Saúde, 2005; Tenório, 2002). Entre 2001 e 2016, a RPB avançou com marcos legais como a Lei n. 10.216/2001 (2001), que redirecionou a atenção para o cuidado comunitário, e a ampliação dos serviços extra-hospitalares, como a RAPS e o programa "De volta para casa" (Lei nº 10.216, 2001; Amarante & Nunes, 2018). No entanto, a convivência entre práticas tradicionais e inovadoras e a crise político-econômica de 2016, marcada pelo fortalecimento de grupos conservadores, apontaram para retrocessos significativos (Machado, Lima e Baptista, 2017; Delgado, 2019).

### ***Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019)***

Desde 2016, intensas mudanças na política de saúde mental e de drogas, alinhadas a ideais conservadores e ultraliberais, marcaram retrocessos na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). O impeachment de Dilma Rousseff e a ascensão da extrema direita trouxeram medidas como a Emenda Constitucional n. 95/2016, que limitou investimentos sociais, afetando o SUS e ampliando fatores de sofrimento mental, como pobreza e violência (Onocko-Campos et al., 2018; Santos & Vieira, 2018). Alterações institucionais, como a Resolução n. 32 e a Portaria n. 3.588 de 2017, reintegraram hospitais psiquiátricos à RAPS e incentivaram comunidades terapêuticas, desestimulando o fechamento de hospitais e fragilizando serviços extra-hospitalares (Portaria nº 3.588, 2017, Resolução nº 32, 2017). Na política de drogas, a nova PNSM de 2018 adotou ideais proibicionistas, priorizando abstinência

e repressão, contrariando os princípios da RPB de autonomia e cuidado comunitário (Duarte, 2013). A exclusão da sociedade civil do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas em 2019 e medidas polêmicas, como financiamento de ECT no SUS, geraram forte oposição de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que defende o cuidado territorial e substitutivo como base da cidadania e saúde mental (Delgado, 2019; Reis, 2019).

## Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Amazonas

A Reforma Psiquiátrica, segundo Borges (2007), passou por dois momentos: inicialmente, a recuperação do manicômio como espaço de cura por meio de reformas internas, seguida por uma proposta ampla de desinstitucionalização, influenciada pelo pensamento de Basaglia, que reconhecia a irrecuperabilidade do modelo hospitalar. No Amazonas, a implementação da reforma alinou-se ao primeiro momento, mas a falta de articulação entre gestores e sociedade civil dificultou a priorização da saúde mental na agenda política estadual e municipal, comprometendo a efetivação da política de saúde mental e o processo de desinstitucionalização (Ministério da Saúde, 2005). Diante disso, apresentaremos o histórico da Reforma Psiquiátrica proposta pelo Ministério da Saúde (2005) e iremos traçar um paralelo entre o que estava acontecendo no Brasil e no Estado do Amazonas, dividindo em três momentos:

I. Entre 1978 e 1991: o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil criticou o modelo hospitalocêntrico e denunciou os tratamentos utilizados. Durante esse período, foram implantados o primeiro CAPS em São Paulo (1987) e NAPS em Bauru, além de intervenções em hospitais psiquiátricos. Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado entrou no Congresso Nacional, propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental.

O pioneirismo da reforma psiquiátrica amazonense nas décadas de 1970-80 se deveu pelo forte desejo de mudança de um grupo de trabalhadores de saúde mental (composto por um grupo de psiquiatras e profissionais do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro), que inspirados nas ideias da Reforma Psiquiátrica

italiana e brasileira, passam a se mobilizar contra a corrupção administrativa e em prol de melhores condições de tratamento. Mas o grupo perdeu o objetivo principal de reforma psiquiátrica, ocasionando a desarticulação que, segundo alguns entrevistados, prevaleceu o ponto de vista individual e não grupal.

*“No CPER fiquei por 16 a 20 anos e participei de todas as reformas, que um grupo de Dom Quixote tentou fazer. Porque o Amazonas já foi vitrine em saúde mental depois do sudeste, em termos de reforma que foi nos anos 1970 e foi a primeira pré-reforma. Estávamos no momento da reforma sanitária. Mas o que nos enfraqueceu foram as nossas vaidades e egos imaturos para lidar com as diferenças. Cada um queria que prevalecesse o seu ponto de vista, aí o movimento se desfez a partir da saída do Silvério da coordenação estadual de Saúde Mental, pois desencantou e ele era a liga do movimento. E anos depois ele morreu” (Ator G).*

A desarticulação e o enfraquecimento do controle social em saúde mental no Amazonas resultaram na falta de participação em conferências e eventos nacionais e regionais sobre políticas públicas. Isso ocorreu devido à falta de articulação com o controle social e à ausência da participação ativa dos usuários nas discussões. Apesar de não ser uma prioridade dos governantes, muitos gestores que assumiram cargos na área de saúde mental buscaram avançar na implementação da Reforma Psiquiátrica no estado.

No Amazonas, houve a humanização do atendimento no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro e melhorias nas condições de infraestrutura. Na década de 1980, foram criados o ambulatório Rosa Blaya e o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, além de atividades extra-muro no CPER. Também ocorreu a nomeação do primeiro coordenador estadual de saúde mental e o início da descentralização da assistência em saúde mental na capital e no interior (Hirdes, 2009; Casado, 2011).

II. Entre 1992 e 2000: implantação da rede extra-hospitalar: A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados BRASILEIROS as primeiras leis que determinava a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

No Amazonas, embora tenha ocorrido a descentralização do atendimento para ambulatorios estaduais e municipais, não houve implantação de CAPS até o período analisado. Um marco importante foi a 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental, em 2000, seguida pela parceria com a Fiocruz em 2003 para oferecer o primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental, formando profissionais para implementar a reforma psiquiátrica no estado. Com a promulgação da Lei Nacional de Saúde Mental nº [10.216](#) em 2001, que redirecionou a assistência para serviços comunitários, e o apoio do movimento dos trabalhadores em saúde mental, foi aprovada a Política Estadual de Saúde Mental em 2003. A Lei Estadual nº [3.177](#), sancionada em 2007, determinou a criação de dispositivos substitutivos como CAPS e serviços residenciais terapêuticos, embora a rede de atendimento em saúde mental ainda seja limitada ([Ministério da Saúde, 2005](#)).

Segundo um dos entrevistados, no Estado do Amazonas, ainda persiste a reprodução da prática medicamentosa e ambulatorial em alguns serviços de base comunitária implantados, fazendo desses serviços verdadeiros ‘capscômios’:

*“Não considero os CAPS, um avanço. O Ministério não gosta dessa fala do Paulo Amarante que eu considero super importante. Na verdade, montamos vários CAPScômios. Porque só estão medicalizando e não estão realmente fazendo saúde mental. Quando vou aos municípios do interior do Amazonas e me deparo com os CAPS, me decepiono. Porque centralizado no tratamento medicamentoso, e eu acho que o ambulatório Rosa Blaya fazia muito melhor que isso, entendeu? Fazia muito melhor do que vários CAPS que eu conheço” (Ator B).*

Sobre a Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas, tanto a nível estadual quanto no nível municipal, os entrevistados destacam que:

*“Em função de nossas especificidades no Amazonas um CAPS nunca vai chegar a ser próximo do que é um CAPS no Rio de Janeiro. Não tem nada escrito a esse respeito. Não tem nada que fale de um CAPS indígena. Existe CAPS indígena? Existe uma série de questões que a gente ainda não conseguiu discutir, sobre uma Política de Saúde Mental do Amazonas. Pois política de saúde mental nacional é uma coisa e estadual, outra” (Ator E).*

## **História das instituições que prestam assistência em Saúde Mental no Amazonas**

Ao historicizar sobre a Política de Saúde Mental do Amazonas, é importante mencionar, mesmo que brevemente, as instituições que de alguma forma prestaram assistência aos portadores de transtornos mentais no Amazonas desde o final do século XIX até o presente momento. Do mesmo modo, destacar os principais acontecimentos históricos que influenciaram essa política. Para isso será apresentada uma cronologia e análise do processo de institucionalização/desinstitucionalização da loucura no Estado do Amazonas, em especial na capital do Estado.

### ***Instituições do final do século XIX (Hospício Barão de Manaós e Asilo de Alienados)***

A partir da exploração da mão de obra local e da “colonização”, sobretudo estrangeira, que em 1870 no Amazonas, os chamados “loucos”, “indigentes” e “incapacitados” passam a ocupar as dependências da Santa Casa de Misericórdia. Essa instituição exercia a função de “amparo” e “contenção”, sendo administrada tanto pela Igreja como pela elite local ([Lopes, 2011](#)).

O modo de Manaus lidar com a loucura também foi o isolamento e, para tal, em 1889, criou-se o Hospício Barão de Manaós. Segundo [Schweickardt](#) (2013, p. 1), esta foi uma “Instituição criada no período provincial, em que se demandou a construção de um hospital para os ‘alienados’, que era destinada ao recolhimento dos doentes mentais da antiga província do Amazonas”. O hospício funcionou por pouco tempo na chácara do Dr. João Hosannah de Oliveira, onde estava instalada uma olaria. Nesse início de República, a Província passou a ser estado do Amazonas. O hospício foi extinto, ficando sem um local específico para os alienados. Assim, em 1894 o atendimento aos doentes passou a funcionar numa das alas da Santa Casa e na cadeia pública do estado, para os casos de diagnóstico de doença mental.

A Santa Casa não conseguiu atender à demanda de saúde mental, levando à criação do Asilo de Alienados pela lei n. [65/1894](#), sem preparação adequada para o tratamento dos pacientes. Esse evento marcou o início do internamento psiquiátrico em Manaus,

refletindo o processo de sanitização e higienização urbana. Até 1896, o hospital era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, que em 1898 passou a se chamar Asilo dos Alienados Eduardo Ribeiro, em homenagem ao governador da época. O asilo foi transferido para a Rua Ramos Ferreira.

As principais práticas da época no modelo asilar envolviam o isolamento dos pacientes, a hierarquização dentro do asilo e vigilância constante por médicos e auxiliares. A instituição passou por várias mudanças, como a desanexação do Asilo da Santa Casa em 1913 e a transferência para a Av. Constantino Nery em 1928. A partir de 1940, foi denominada 'Hospital Colônia Eduardo Ribeiro', com 150 leitos, mas abrigando o dobro de internos, o que levou à ampliação em 1961 e reformas subsequentes em 1967. No Amazonas, a Colônia de Alienados se tornou o centro da política de saúde mental estadual, com a estadualização evitando a proliferação descontrolada de asilos privados (Lopes, 2011; Schweickardt, 2013).

Instituto Eugene Minkowski (privado), localizado na avenida Rodrigo Otávio - Japiim, próximo ao Campus Universitário da UFAM, o hospital começou com uma proposta inovadora, mas logo se tornou alvo de denúncias de maus-tratos e desvio de recursos, sendo desativado por ação de militantes e grupos organizados.

*“Criado na década de 1970 pelo psiquiatra Dr. Benedito Barbosa, o Instituto Eugene Minkowski introduziu modelos inovadores de tratamento psiquiátrico, com unidades de internação abertas e pavilhões separados para homens e mulheres, diferenciando-se do modelo fechado do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro. A abordagem atraiu estudantes de medicina e profissionais da área, incluindo colegas de Silvério Tundis. No entanto, após ser arrendado pelo psiquiatra Dr. Roberval Bezerra, a clínica se transformou em uma instituição voltada para a mercantilização da loucura, credenciada pelo INAMPS e denunciada por desvios de recursos, medicamentos e alimentos, funcionando até a década de 1980” (Ator D).*

*“Havia um hospital privado dirigido pelo então diretor do Hospital Eduardo Ribeiro, que se beneficiava da “indústria da loucura” ao desviar recursos do hospital psiquiátrico para sua clínica privada. Na época, a maior parte dos recursos era destinada ao hospital psiquiátrico, sem que chegassem aos ambulatórios. O diretor lucrava com a internação prolongada de pacientes, recebendo mais dinheiro do INAMPS. O esquema foi desfeito após denúncias feitas por um grupo que elaborou um dossiê, resultando na exoneração do diretor e no fechamento da clínica por meio de um processo administrativo” (Ator C).*

Sobre os diversos Serviços de Saúde Mental que prestavam assistência nas décadas de 1970-1980, um entrevistado informa que:

*“Tinha o ambulatório do INAMPS na Getúlio Vargas, tinha o ambulatório da faculdade de medicina, tinha o ambulatório do PAM Codajás, uma clínica privada que era um verdadeiro depósito de loucos e o Eduardo Ribeiro” (Ator G).*

Sobre a especialização em psiquiatria nas décadas de 1970/1980, alguns relatos informam que alguns dos médicos psiquiatras que atendiam no Eduardo Ribeiro na década de 1970, foram formados em outros estados. A residência em psiquiatria somente foi implantada em 2007 no Amazonas.

Ao retomar sobre a história do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, verifica-se que este está subordinado à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas desde 1982, através do Decreto Governamental nº. 6.472, publicado no Diário Oficial do Estado em 22 de julho de 1982. A estrutura era formada por: Ambulatório Rosa Blaya, quatro Pavilhões de Internação (Raimunda Belém, Maria Damasceno, José da Silva, Alberto Lacerda) e Pronto Atendimento Humberto Mendonça.

As primeiras manifestações de luta contra o modelo hospitalocêntrico e o descontentamento em relação às condições de trabalho e formas de tratamentos dispensados dentro do Eduardo Ribeiro que emergiram na década de 1980, os relatos apontam:



*“Antes da década de 1980, o Hospital Eduardo Ribeiro tinha condições precárias, com pacientes misturados, tanto homens quanto mulheres, em grandes celas, vivendo em condições desumanas. Até essa época, o hospital não possuía leitos adequados, e os pacientes dormiam no chão” (Ator A).*

Ainda na década de 1970, ao assumir o Programa Estadual de Saúde Mental do Amazonas, o psiquiatra Silvério Tundis realiza várias mudanças dentro do Hospital Eduardo Ribeiro. Pelos relatos, verifica-se se que o movimento ocorrido a nível nacional repercute na mesma época no Amazonas. O Amazonas se destaca na década de 1980 a nível nacional ao implantar mudanças na assistência em saúde mental dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Dentre estas, destacam-se práticas inovadoras como a terapia ocupacional, terapia comunitária e da produção agrícola que buscavam descronificar os pacientes e restituir-lhes a cidadania:

*“Na década de 1970, foi introduzida uma abordagem terapêutica mais voltada para o indivíduo e o social, com ênfase na terapia ocupacional, música, dança e no trabalho com a família, com o apoio fundamental do serviço social. Era uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de diversos saberes, que começava a romper com a visão manicomial tradicional. Os pacientes participavam ativamente, plantando, produzindo e vendendo seus produtos em uma feira e expondo suas obras de arte. Embora não fosse a reforma psiquiátrica de hoje, essa abordagem foi um embrião do movimento, mas a autora se distanciou com o tempo devido à frustração” (Ator N).*

Na década de 1980, a Reforma Psiquiátrica no Amazonas ganhou força com a oposição dos profissionais de saúde mental à proposta do governo de colocar pacientes criminais no asilo público, um movimento bem-sucedido graças à divulgação dos esforços de humanização e democratização do asilo (Lopes, 2013). Em 1988, foi aprovada a lei estadual nº 1.874, criando o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus, resolvendo a questão dos pacientes criminais após 48 anos de atraso (Lopes, 2013). A descentralização da saúde mental, promovida por Silvério Tundis, foi outro marco importante,

com a distribuição de medicamentos e serviços para diversos municípios do estado. Um diferencial desse movimento foi a implantação da terapia ocupacional no Hospital Eduardo Ribeiro, com a criação do grupo de agricultura (GA), coordenado por Rogelio Casado. O tratamento baseava-se em atividades produtivas e remuneradas, como o cultivo de verduras e a criação de suínos, promovendo a integração dos pacientes através do trabalho (Casado, 2011).

A mudança no hospital psiquiátrico público passou a impactar diretamente o cotidiano da instituição, alterando as relações entre funcionários e pacientes e contribuindo para a restituição da identidade dos internos, muitos dos quais estavam internados há mais de 20 anos. Essa iniciativa, mantida dentro das "velhas estruturas manicomiais", representou um passo importante na Reforma Psiquiátrica no Amazonas, especialmente durante a década de 1980 (Lopes, 2013, p. 20-21). Sobre isso é destacado por alguns atores:

*“Simultaneamente ao projeto agropecuário, Etelvina Braga implementou terapias ocupacionais com colagem e pintura, envolvendo pacientes em tarefas como decorar portas e portões do hospital, representando iniciativas pioneiras e inovadoras de tratamento” (Ator G).*

Nas décadas de 1970-1980, o panorama assistencial em saúde mental no Amazonas passou por diversas iniciativas de mudança, com o movimento de desospitalização e redução de leitos psiquiátricos, mas sem a implantação de serviços substitutivos adequados, o que gerou sérias críticas. A redução dos leitos levou à desassistência e abandono, reforçando a ideia social de necessidade de espaços totalizantes. Essa redução foi impulsionada pela nova direção do Centro Psiquiátrico, que fez uma busca ativa dos familiares dos pacientes de longa permanência através do Serviço Social. Segundo um entrevistado, “Dos 225 pacientes, reduzimos para 125 a partir da localização das famílias” (Ator D), colocando o Amazonas em consonância com o movimento nacional.

Segundo Schweickardt (2015, p. 4), em 1997, o CPER contava com 150 leitos disponíveis, distribuídos da seguinte forma:

*“Nesse ano, a instituição possuía 100 pacientes crônicos internados, residindo no hospital. Os leitos disponíveis para internos crônicos foram progressivamente sendo diminuídos a partir da política de desativação de instituições psiquiátricas”*

O novo modelo assistencial em psiquiatria, estabelecido pela Lei de Reforma Psiquiátrica, foi implantado no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2006, substituindo o atendimento ambulatorial por "Clínicas de Recepção", "Clínicas de Patologias" e "Clínicas de Dependência Química". O setor de Pronto Atendimento foi reestruturado para atender casos de urgência e emergência psiquiátricas com internação breve de até 15 dias. Os pavilhões de internação prolongada foram transformados em residências provisórias para pacientes crônicos, mas a desinstitucionalização foi retardada devido a divergências sobre os locais de implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro CAPS foi implantado em Parintins em 2005 e em Manaus apenas em 2006, com os SRT sendo implantados somente em 2014.

A implementação da Política de Saúde Mental depende da sensibilização dos gestores municipais, já que os serviços substitutivos, como CAPS e SRT, devem ser municipalizados. No Amazonas, os municípios do interior foram mais eficazes nesse processo, iniciando com o CAPS em Parintins em 2005 e implantando 18 CAPS entre 2009 e 2013, além de outros serviços como consultório de rua. Essa eficácia é atribuída à maior sensibilização local e ao distanciamento da capital, o que torna a implantação desses serviços uma prioridade para evitar o encaminhamento oneroso de pacientes para Manaus. Em contraste, a capital implantou apenas três CAPS, sendo dois sob gestão municipal e um estadual.

Para finalizar este artigo abordaremos a percepção dos principais atores da Saúde Mental e movimento

pela Reforma Psiquiátrica no Amazonas sobre a questão da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas e o lento processo de desinstitucionalização e implantação de serviços substitutivos:

*“Faltou uma liderança que aglutinasse a todos. Pois quando o Silvério saiu da coordenação e se desencantou com o movimento, tudo se perdeu. Enquanto a gente estava no Eduardo Ribeiro a gente fez. Depois o grupo foi se perdendo, porque cada um foi para um lado e tinham vários reformistas isolados. Eu nunca parei, fui para a Associação Amazonense de Psiquiatria, promovendo seminários, fazendo jornadas, fomos para a Comissão de Saúde Mental” (Ator N).*

As percepções dos principais envolvidos na Reforma Psiquiátrica no Amazonas revelam divergências sobre sua implementação. Os principais desafios apontados incluem a falta de consenso e liderança no movimento após a saída do psiquiatra Silvério Tundis, a escassez de recursos para a implantação e manutenção dos serviços substitutivos, e a dificuldade na formação de profissionais capacitados para adotar um novo paradigma em saúde mental, que não reforce a prática ambulatorial centrada na medicalização nos serviços implantados.

### **Rede de saúde mental do Amazonas na atualidade**

A implementação da Política de Saúde Mental depende muito da sensibilização dos gestores e governantes municipais, haja vista que em virtude da municipalização dos serviços de saúde na década de 1990, os serviços substitutivos como CAPS, SRT devam ser de gestão municipalizada. No Amazonas, historicamente verifica-se que nos municípios do interior do estado isso tem se dado de forma mais efetiva, iniciando em 2005 com o CAPS implantado em Parintins e no período de 2009-2013 com a implantação de 19 CAPS, consultório de rua, etc, no total de 62 municípios.

**Quadro 2.** Número de CAPS implantados em Manaus e nos municípios do interior do Amazonas no período de 2005-2024

| Período          | Nº de CAPS | Manaus | Interior | Municípios do interior   |
|------------------|------------|--------|----------|--|
| 2005 - 2013      | 19         | 3      | 19       | Manacapuru, Parintins, Tefé, Rio Preto da Eva, Iranduba, Autazes, Coari, Borba, Manicoré, Maués, São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara, São Paulo de Olivença.   |
| Maio de 2022     | 26         | 5      | 21       | Manacapuru, Parintins, Tefé, Rio Preto da Eva, Iranduba, Autazes, Coari, Borba, Manicoré, Maués, São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara, São Paulo de Olivença, Manaquiri e Maués.  |
| Dezembro de 2022 | 30         | 5      | 25       | Manacapuru, Parintins, Tefé, Rio Preto da Eva, Iranduba, Autazes, Coari, Borba, Manicoré, Maués, São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara, São Paulo de Olivença, Manaquiri, Maués, Tapauá, Lábrea, Careiro Castanho.                                       |
| 2024             | 32         | 6      | 26       | Manacapuru, Parintins, Tefé, Rio Preto da Eva, Iranduba, Autazes, Coari, Borba, Manicoré, Maués, São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara, São Paulo de Olivença, Manaquiri, Maués, Tapauá, Lábrea, Careiro Castanho, Novo Aripuanã e Presidente Figueiredo |

Fonte: os autores (2025).

De 62 municípios no estado do Amazonas até o ano de 2013 havia 19 CAPS implantados no interior e três na capital, sendo dois na cidade de Manacapuru (primeiro CAPS AD da região norte em 2012 e outro CAPS que é do tipo II em 2010). O restante é: ano de 2005 (Parintins), ano de 2006 (Manaus – CAPS III e Tefé), ano de 2009 (Rio Preto da Eva), ano de 2010 (Iranduba, CAPS II municipal de Manaus, Autazes, Coari e Borba). Ano de 2011 (Manicoré e Maués). Ano de 2012 (São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá). Ano de 2013 (Manaus – CAPS I, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara e São Paulo de Olivença).

Nos municípios do interior, além dos 19 CAPS implantados, têm-se equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - CAPS AD, Consultório na Rua em Manacapuru e Manaus e equipes de saúde mental apoiando as Unidades Básicas de Saúde - UBS e Estratégia da Saúde da Família prestando assistência em saúde mental aos seus municípios. Verifica-se a partir disso, que em virtude das grandes distâncias geográficas e dificuldades encontradas na questão de acesso dos municípios do interior para a capital, que esses municípios têm sido mais resolutivos na questão do cuidado em saúde mental.

Em maio de 2022, a Rede contava com: Atenção Primária em Saúde (Unidades Básicas de Saúde e Consultório na Rua); Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS), distribuídas nos seguintes municípios: 5 CAPS na capital (Manaus) / CAPS III Silvério Tundis, CAPS III Benjamim Matias Fernandes, CAPS AD Dr Afrânio Soares, CAPS I Leste, CAPS I SUL, 21 CAPS no interior do Estado / Apuí, Autazes, Borba, Coari, Codajás, Eirunepé, Guajará, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru (CAPS II e CAPS AD), Manicoré, Manaquiri, Maués, Nova Olinda do Norte, Parintins (CAPS II Adolpho Lorido e CAPS AD), Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira e Tefé.

Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Policlínicas) – gestão estadual: Atendimento psiquiátrico e psicológico – Policlínica Codajás, Policlínica Zeno Lanzini, Policlínica João dos Santos Braga, Policlínica José Lins e Policlínica Gilberto Mestrinho.

Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental Infante Juvenil (CAIC +) – gestão estadual Atenção de Urgência e Emergência: SAMU, Pronto Atendimento Humberto Mendonça – HPSE, HPS 28 de Agosto, HPS Platão Araújo, HPS João Lúcio, SPA José Lins e Unidade de Pronto Atendimento José Rodrigues (UPA); Atenção Hospitalar: Hospital Especializado; Estratégias de Desinstitucionalização: SRT Lar Rosa Blaya; Atendimento psicológico Especializado: Policlínica Comte Telles, Policlínica José Antônio da Silva, Policlínica Djalma Batista, Policlínica Franco de Sá, Policlínica Antônio Reis e Policlínica Castelo Branco.

Em dezembro de 2022, a Rede contava com: Manaus / CAPS III Silvério Tundis, CAPS III Benjamim Matias Fernandes, CAPS ad Dr. Afrânio Soares, CAPS i Leste, CAPS i SUL; Interior / CAPS I (porta aberta / livre demanda) em: Apuí, Autazes, Borba, Careiro Castanho, Coari, Codajás, Eirunepé, Guajará, Humaitá, Iranduba, Lábrea, Manacapuru, Manicoré, Manaquiri, Maués, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira, Tapauá, Tefé. CAPS II (Porta aberta – livre demanda) em: Manacapuru, Itacoatiara e Parintins. CAPS AD (Porta aberta – livre demanda) em: Manacapuru e Parintins.

Em 2023 a Rede contava com: Manaus / Centro de Reabilitação em Dependência Química (100 leitos reabilitação e 10 enfermaria clínica), Hospital Dr Geraldo da Rocha (16 leitos, 04 em funcionamento), 5 Equipes de Saúde Mental (Policlínicas). Zona Norte: CAPS III Silvério Tundis, Policlínica João Braga. Zona SUL: CAPS III Benjamim Matias Fernandes, CAPS i SUL, Policlínica Codajás, Centro de Saúde Mental do Amazonas. Zonas Centro SUL: CAPS AD Dr. Afrânio Soares, Hospital Nilton Lins. Centro: Policlínica Gilberto Mestrinho. Zona Leste: CAPS i Leste – Infante Juvenil e Policlínica Zeno Lanzini. Zona Oeste: Policlínica Dr José Lins.

Em 2024 foi inaugurado mais um Serviço em Manaus: CAPS AD Dra Eliana Vitorino Schramn; Interior: CAPS I (porta aberta / livre demanda) em: Apuí, Autazes, Borba, Careiro Castanho, Coari, Codajás, Eirunepé, Guajará, Humaitá, Iranduba, Lábrea, Manacapuru,

Manicoré, Manaquiri, Maués, Nova Olinda do Norte, Novo Aripuanã, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira, Tapauá, Tefé. CAPS II (Porta aberta – livre demanda) em: Manacapuru, Itacoatiara e Parintins. CAPS AD (Porta aberta – livre demanda) em: Manacapuru e Parintins.

## Considerações finais

A análise histórica da política de saúde mental no Amazonas revela um processo lento de implementação da Política Estadual de Saúde Mental, caracterizado pela falta de cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e pela insuficiência de serviços comunitários, em desacordo com o parâmetro de 1 CAPS a cada 100.000 habitantes. O atraso é atribuído à falta de desenvolvimento de competências municipais na gestão de saúde mental, antes assumida pelo estado, e à dificuldade de sensibilização dos gestores, com uma visão hierárquica dos serviços. Embora a municipalização dos serviços tenha começado em 2003, a falta de gestão eficaz levou o Estado a assumir a gestão do CAPS e dos SRT, implantados respectivamente em 2006 e 2014, mas sem repassar a gestão municipal. Apesar das discussões iniciadas nos anos 1970 e 1980 e da aprovação de uma Política Estadual em 2003, o Amazonas ainda não consolidou a Reforma Psiquiátrica devido à insuficiência dos serviços substitutivos e à dificuldade de atender à demanda de forma eficaz.

A Reforma Psiquiátrica no Amazonas tem avançado lentamente desde o final da década de 1970, com maior impulso a partir de 2001, principalmente devido à pressão do Ministério Público. O primeiro serviço substitutivo foi implantado em Parintins em 2005, 21 anos após o início dessa prática no Brasil. Em 2002, foi elaborado um projeto para a implantação dos SRT, e em 2006 iniciou-se uma estratégia no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro para preparar os pacientes para a autonomia e adaptação aos SRT. Contudo, o serviço só foi parcialmente implantado em 2014, com número insuficiente de residências para abrigar todos os internos. A prática hospitalar/ambulatorial ainda persiste tanto na capital quanto nos municípios do interior, reflexo das políticas preventivistas das décadas de 1970-1980, que não conseguiram redirecionar a assistência para serviços extra-hospitalares, devido à falta de recursos.



A pesquisa documental e as entrevistas indicam que, ao longo das décadas, sempre se destacou a necessidade de cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para viabilizar a Reforma Psiquiátrica. Na década de 1970, o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica do INPS não garantiu esse cadastramento. No início dos anos 1980, Silvério Tundis propôs um projeto ao Ministério da Saúde para implantar leitos no Hospital Adriano Jorge, mas sem sucesso. O fechamento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e a desinstitucionalização foram temas recorrentes nas gestões de saúde mental, mas enfrentaram dificuldades, principalmente devido à resistência dos diretores dos hospitais, que alegam falta de capacitação e formação de recursos humanos para lidar com crises psiquiátricas, além da formação da última turma da residência em psiquiatria, que está vinculada a esse único hospital.

Até o ano de 2014, verifica-se uma mobilização para a implantação de outros CAPS em Manaus, e para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas ainda esse processo era muito lento e aquém das necessidades dos portadores de sofrimento psíquico. Até o ano de 2021, as decisões políticas de implantação de outros CAPS e demais componentes importantes da RAPS marcam a continuidade dessa nova Política de Saúde Mental. A partir do ano de 2021, com a vistoria do CNJ no Hospital de Custódia e tempos depois, reabrem-se as discussões sobre o seu fechamento que enfim ocorreu no ano de 2022, mesmo ano em que ocorre também o fechamento do CPER (marcando o fim do modelo Hospitalocêntrico no Amazonas).

Apesar dos esforços do governo federal para destinar recursos à implantação de serviços substitutivos e efetivar a Reforma Psiquiátrica no Amazonas, uma análise crítica revela a falta de prioridade nos investimentos públicos, especialmente a nível municipal, o que reforça práticas excludentes presentes no Hospital Psiquiátrico até o ano de 2022. A articulação do controle social, importante para o avanço das políticas públicas de saúde mental, tem sido prejudicada pela falta de organização da sociedade civil, pela insatisfação dos pacientes com o acolhimento nos CAPS e pela percepção de que o Eduardo Ribeiro era o único serviço resolutivo, embora cronificante e excludente. A situação demonstra a necessidade de avançar nas propostas de Reforma Psiquiátrica, alinhadas ao novo paradigma de saúde mental adotado internacionalmente, com o Amazonas ainda em um processo lento de implementação.

A implementação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas apresenta limitações significativas devido a fatores estruturais, históricos e políticos. A insuficiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a rede limitada de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente no interior, comprometem o atendimento e contrariam os princípios de territorialidade e inclusão da reforma. Apesar do fechamento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2022, a desinstitucionalização foi tardia, por falhas no planejamento e na execução de políticas públicas. A ausência de profissionais qualificados, o fechamento da última residência em psiquiatria no estado em 2007 e a baixa capacidade técnica dos municípios dificultam a gestão de serviços e perpetuam práticas hospitalocêntricas. Retrocessos nacionais, como a Nota Técnica nº 11/2019 e o fortalecimento de comunidades terapêuticas, enfraqueceram o modelo comunitário e humanizado, além de refletirem negligência na expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fatores locais, como a vasta extensão territorial e dificuldades de acesso, exigem políticas adaptadas, incluindo telemedicina e estratégias inovadoras. A superação desses desafios requer investimentos robustos, maior articulação intersetorial, capacitação profissional e engajamento social para promover um modelo inclusivo e integrado de atenção à saúde mental, alinhado aos princípios da reforma.

Os resultados indicam que a Reforma Psiquiátrica no Amazonas ainda enfrenta obstáculos significativos, como a falta de infraestrutura adequada, a resistência política e a limitação de recursos humanos e financeiros. Para superar essas barreiras, é fundamental o fortalecimento das políticas públicas com maior investimento, capacitação profissional, articulação entre os diferentes setores e a promoção de um engajamento social mais ativo. Apenas com essas medidas será possível avançar para um modelo de atenção à saúde mental que seja inclusivo, integral e alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A partir de tudo o que foi exposto, ressalta-se a importância de ampliar debates sobre a Política Nacional de Saúde Mental para evitar retrocessos e construir caminhos evolutivos que valorizem inclusão, autonomia e respeito aos portadores de transtornos mentais, fortalecendo as conquistas da Reforma Psiquiátrica. Pois o legado de todo um percurso da reforma psiquiátrica brasileira nas últimas décadas deve ser levado adiante pela via das políticas públicas na sustentação do SUS em sua potência,

ampliando e articulando as redes que se entrelaçam para além do campo da saúde. Eis o maior desafio a ser enfrentado hoje.

As principais limitações do estudo incluem a dificuldade de acesso a dados atualizados e consistentes sobre a Rede de Saúde Mental no Amazonas, a falta de registros históricos sistematizados e a dispersão de informações entre diferentes órgãos e instituições, o que dificulta uma análise integrada. Além disso, a incompletude de documentações oficiais e a ausência de uma base teórica sólida sobre a política de saúde mental local comprometem a análise e a contextualização do processo. A grande extensão territorial do estado e as desigualdades entre áreas urbanas e rurais limitam a coleta de dados e dificultam uma análise comparativa. Desafios políticos, como a descontinuidade das políticas públicas devido a mudanças de gestão, e a insuficiência de recursos financeiros e logísticos também impactam a avaliação da implementação de serviços. Essas limitações ressaltam a necessidade de avanços na organização e acesso a dados para estudos futuros.

A contribuição dessa pesquisa para as áreas da história da saúde, das políticas públicas e da história das instituições se deu pelo fato de possibilitar a reconstrução e o registro do movimento histórico em prol da construção de uma Política de Saúde Mental no Amazonas a partir do paradigma da Reforma Psiquiátrica, e pela aprovação da Lei Estadual de Saúde Mental. A partir disso foi possível realizar uma análise da História de Saúde Mental a partir da apresentação da história das instituições que prestaram assistência em saúde mental e dos tipos de atendimentos prestados por elas desde o final do século XIX até o início do século XX, período em que foi aprovada a Lei nº [10.216](#) Lei da Reforma Psiquiátrica.

### Agradecimentos

Esta pesquisa foi apoiada pelo Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (PPGSSEA/UFAM/Fiocruz Amazônia) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

### Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



### Referências

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Borges, C. F. (2007). *Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes a reforma psiquiátrica* [dissertação de mestrado, FIOCRUZ]. Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5353>
- Camelo, A. C. N. (2020). *A Reforma psiquiátrica no Brasil e a atual conjuntura da Política Nacional de Saúde Mental [manuscrito]: Continuidade ou ruptura?* [trabalho de conclusão de curso, Universidade Estadual da Paraíba]. <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/25455/1/PDF%20-%20Ana%20Clara%20Noberto%20Camelo>

- Casado, R. C. M. F. (2011). *Cidade e loucura: espacialização da "doença mental" e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus* [dissertação de mestrado, Universidade Federal do Amazonas].
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Livraria Atheneu.
- Dassoler, V. A., & Palombini, A. L. (2020) Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde e Debate*, 44(3), 278-291. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
- Decreto Governamental nº 6.472. (1982). Dispõe sobre a subordinação do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Diário Oficial do Estado do Amazonas.
- Decreto nº 24.559, de 11 de outubro de 1934. (1934). Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/d24559.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559.htm)
- Delgado, P. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0021241. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Duarte, M. J. O. (2013). Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. *Saúde em Debate*, 37, 39-48. <https://doi.org/10.1590/0103-11042013E05>
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. (2016). Altera o Ato das Disposições Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)
- Escorel, S. (2012). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In L. Giovanella, S. Escorel, et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Fiocruz, p. 323-365. [https://www.researchgate.net/publication/365955854\\_Historia\\_das\\_Políticas\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_de\\_1964\\_a\\_1990\\_do\\_golpe\\_militar\\_a\\_reforma\\_sanitaria](https://www.researchgate.net/publication/365955854_Historia_das_Políticas_de_Saude_no_Brasil_de_1964_a_1990_do_golpe_militar_a_reforma_sanitaria)
- Fernandes, C. J. (2018). *Reforma psiquiátrica (im)possível? estudo documental e analítico (2008 a 2017)*. [dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional UFC. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39323>
- Figueiredo, A. C. (2019). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Revista Psicologia Política*, 19(44), 78-87. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2019000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100009&lng=pt&tlng=pt)
- Halbwachs, M. (2006). *A Memória Coletiva*. Centauro Editora.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>
- Lei 65, de outubro de 1894. (1894). Dispõe sobre a criação do Asilo de Alienados. Assembléia Legislativa do Amazonas.
- Lei nº 3.177, de 11 de outubro de 2007. (2007). Dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico, e dá outras providências. [https://legisla.imprensaoficial.am.gov.br/diario\\_am/12/2007/10/5083](https://legisla.imprensaoficial.am.gov.br/diario_am/12/2007/10/5083)
- Lei nº 1.874, de 29 de novembro de 1988. (1988). Institui o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus, Assembléia Legislativa do Amazonas. [https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/1988/6325/6325\\_texto\\_integral.pdf](https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/1988/6325/6325_texto_integral.pdf)
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990b). 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. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)
- Lima, A. F. (2018). Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira. In: A. F. Lima. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Appris, p. 15-34. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/52654>
- Lima, F. A. C., & Cabral, M. P. G. (2023). Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde. *MentalPhysis: Revista de Saúde Coletiva*, 33. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333078>

- Lopes, L. O. (2011). *Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica* [dissertação de mestrado, Universidade Federal do Amazonas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/2842>
- Lopes, R. S. (2013). Entre a atenção à saúde e a legalidade: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico. *Revista Zona de Impacto*, 15(1), 4-32. [https://albertolinscaldas.unir.br/zonadeimpacto/Randiza%20Lopes%20parte%20%20Zona%20de%20Impacto%2015\\_1.pdf](https://albertolinscaldas.unir.br/zonadeimpacto/Randiza%20Lopes%20parte%20%20Zona%20de%20Impacto%2015_1.pdf)
- Machado, C. V., Lima, L. D., Baptista, T. W. D. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), e00129616. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
- Messas, G. P. (2008). O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro*, 15(1), 65-98. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100005>
- Mezza, M., & Torrenté, M. O. N. (2020). A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde Debate*, 44(3), 235-249. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento*. 11 ed. Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. (2019). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Onocko-Campos, R. T., Amaral, C. E. M., Saraceno, B., Oliveira, B. D. C., Treichel, C. A. S., Delgado, P. G. G. (2018). Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(18), e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges [O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios]. *Lancet*, 377(9.779), 1.778-1.797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 11(2), 241-258. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702004000200002>
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4.579-4.589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html)
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (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. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)
- Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. (1992). Estabelece Diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial – SIA/SUS/Unidade Básica/CAPS/Hospital Psiquiátrico, etc. [https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria\\_224.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_224.pdf)
- Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991. (1991). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). <https://www3.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>
- Reis, V. (2019, 22 de fevereiro). *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas*. Racismo Ambiental. <https://racismoambiental.net.br/2019/02/22/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/>
- Resolução CES nº 037 de 04/11/2003. (2003). Aprova a Política Estadual de Saúde Mental. Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.
- Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. (2017). Estabelece diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html)
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nº 196/96, nº 303/2000 e nº 404/2008. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/resolucao-cns-466-12.pdf>



- Sampaio, M. L., Bispo Jr, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Santos, I. S., & Vieira, F. S. (2018). Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2.303-2.314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>
- Schweickardt, J. C. (2013). *Projeto de pesquisa: História das Instituições de Saúde do Amazonas* [texto não publicado].
- Schweickardt, J. C., & Xerez, L. M. (2015). A hanseníase no Amazonas: política e institucionalização de uma doença. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(4), 1141-1156. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702015000400003>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências Saúde: Manguinhos*, 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros com desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>