

Artigo original



## O processo de desinstitucionalização da loucura e de implantação dos serviços substitutivos no Amazonas

## El proceso de desinstitucionalización de la locura e implementación de servicios sustitutos en Amazonas

## The process of deinstitutionalization and implementation of substitute services in the Amazon

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.psicologamanaus@gmail.com<sup>2</sup>Universidade Lúrio (Nampula), Moçambique. zecasalimoo@gmail.com<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Manaus). Amazonas, Brasil. julio.ilmld@gmail.com

**RESUMO | OBJETIVO:** O artigo tem como objetivo a análise histórica da política de saúde mental e da política das instituições que prestam assistência em saúde mental no Amazonas. **MATERIAL E MÉTODOS:** A pesquisa foi do tipo qualitativa, utilizando-se de fontes orais e documentais. Das fontes orais, foram entrevistados atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica e descritas as suas estratégias no processo de efetivação para compor o registro da história da Saúde Mental e do movimento da Reforma Psiquiátrica no estado do Amazonas. **RESULTADOS:** A pesquisa mostrou que as práticas de exclusão do modelo asilar foram predominantes no percurso histórico do atendimento a pessoas em sofrimento ou com transtorno mental no estado do Amazonas. O estado mesmo tendo aprovado a lei estadual de Saúde Mental em 2007, não realizou a efetivação da Reforma Psiquiátrica, com a criação de serviços substitutivos que atendessem a demanda em saúde mental no Amazonas. A reforma deveria garantir a assistência a partir da desinstitucionalização do único Hospital Psiquiátrico – o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Neste artigo foram identificados os principais atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica e suas estratégias no processo de efetivação. Buscou analisar também o processo de constituição da Política de Implantação dos CAPS e dos demais serviços substitutivos (Serviços de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, entre outros). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O registro da história por meio de depoimentos se torna relevante devido aos reduzidos registros e também pelo fato de que algumas lideranças já faleceram.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reforma Psiquiátrica. História Oral. Saúde Mental. Amazonas.

**RESUMEN | OBJETIVO:** El artículo tiene como objetivo el análisis histórico de la política de salud mental y de las instituciones que brindan atención de salud mental en el Amazonas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** La investigación fue cualitativa, utilizando fuentes orales y documentales. A partir de fuentes orales, se entrevistaron actores involucrados en el Movimiento de Reforma Psiquiátrica y se describieron sus estrategias en el proceso de implementación para componer el registro de la historia de la Salud Mental y del movimiento de Reforma Psiquiátrica en el estado de Amazonas. **RESULTADOS:** La investigación mostró que las prácticas de exclusión del modelo asilar fueron predominantes en el recorrido histórico de la atención a personas en sufrimiento o con trastorno mental en el estado de Amazonas. El estado, a pesar de haber aprobado la ley estatal de Salud Mental en 2007, no llevó a cabo la implementación de la Reforma Psiquiátrica, ni creó servicios sustitutos que atendieran la demanda en salud mental en el Amazonas. La reforma debería garantizar la atención a partir de la desinstitucionalización del único Hospital Psiquiátrico: el Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. En este artículo se identificaron los principales actores involucrados en el Movimiento de Reforma Psiquiátrica y sus estrategias en el proceso de implementación. También buscó analizar el proceso de constitución de la Política de Implementación del CAPS y de los demás servicios sustitutos (Servicios de Residencia Terapéutica, Centros Comunitarios, entre otros). **CONSIDERACIONES FINALES:** El registro de la historia a través de testimonios se vuelve relevante debido a los reducidos registros y también por el hecho de que algunos liderazgos ya fallecieron.

**PALABRAS CLAVE:** Reforma Psiquiátrica. Historia Oral. Salud Mental. Amazonas.



**ABSTRACT | OBJECTIVE:** The article aims to analyze the historical policy of mental health and the policies of institutions providing mental health assistance in Amazonas. **MATERIAL AND METHODS:** The research was qualitative, using oral and documentary sources. From oral sources, actors involved in the Psychiatric Reform Movement were interviewed and their strategies in the implementation process were described to compose the record of the history of Mental Health and the Psychiatric Reform movement in the state of Amazonas. **RESULTS:** The research showed that practices of exclusion from the asylum model were predominant in the historical path of care for people suffering from mental disorders in the state of Amazonas. Even though the State approved the state Mental Health law in 2007, it did not implement the Psychiatric Reform, with the creation of substitute services that would meet the demand for mental health in Amazonas. The reform should guarantee assistance through the deinstitutionalization of the only Psychiatric Hospital – the Eduardo Ribeiro Psychiatric Center. In this article, the main actors involved in the Psychiatric Reform Movement and their strategies in the implementation process were identified. The study also analyzed the process of establishing the CAPS Implementation Policy and other substitute services (Therapeutic Residence Services, Community Centers, and others). **FINAL CONSIDERATIONS:** Recording history through testimonies becomes relevant due to the limited records and also due to the fact that some leaders have already passed away.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform. Oral History. Mental Health. Amazon.

## Introdução

O processo de desinstitucionalização da loucura, iniciado mundialmente na segunda metade do século XX, representou uma transformação significativa nos paradigmas de tratamento das pessoas com transtornos mentais. No Brasil, essa mudança se concretizou a partir da Reforma Psiquiátrica, que, com base nos princípios da cidadania, liberdade e direitos humanos, propôs o fechamento dos manicômios e a substituição desses espaços por serviços de saúde mental mais inclusivos e humanizados.

[Rotelli](#) (1990), no artigo A instituição inventada, afirma que “a instituição colocada em questão nos últimos trinta anos, não foi o manicômio, mas a loucura”, defendendo que a desinstitucionalização deve se basear no sofrimento do sujeito e em sua relação com a sociedade, e não na periculosidade ou doença. No Brasil, o termo desinstitucionalização é frequentemente reduzido à ideia de desospitalização, que pela [Portaria n. 3.088](#), de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como estratégia nesse contexto ([Nascimento & Silva](#), 2020).

[Guitton](#) (2010) destaca que a institucionalização da loucura decorreu da visão médica que via o asilo como local de cura, enquanto [Amarante](#) (1994) apontou o equívoco dessa relação entre cura e exclusão. [Amarante](#) (1994) descreve as atrocidades presenciadas em asilos psiquiátricos, como imundície, abandono e miséria, salientando o cenário que impulsionou a Reforma Psiquiátrica, movimento que denunciava o sistema falho dessas instituições. Segundo [Yasui](#) (2006), a Reforma Psiquiátrica nasceu da mobilização de trabalhadores da saúde mental, que questionavam as políticas e práticas psiquiátricas. Inspirada pelas ideias de Franco Basaglia, preconizador italiano da Reforma Psiquiátrica, a transformação propunha mudanças radicais nos padrões de tratamento, influenciando profundamente o Brasil. [Amarante](#) (1994) define essa como “uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais” (p. 61).

Desde os anos 1970, movimentos como o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a Divisão Nacional em Saúde Mental (DINSAM) denunciaram abusos em instituições asilares e a “indústria da loucura”, enquanto as Conferências Nacionais de Saúde impulsionaram o SUS e a responsabilidade estatal na saúde mental.

A Luta Antimanicomial no Brasil iniciou em 1987, durante o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru. Essa luta culminou com a promulgação da [Lei Federal nº 10.216](#), em 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Essa lei redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, promovendo a substituição progressiva dos modelos hospitalares tradicionais por uma rede de cuidados comunitários. A lei priorizou o tratamento em liberdade, com foco na reintegração social, garantindo que a internação, quando necessária, fosse utilizada como último recurso e em condições dignas. Esse processo foi fortalecido por marcos regionais, como a [Declaração de Caracas](#) (1990) e a [Carta de Brasília](#) (2005), que destacaram o compromisso da América Latina com a transformação dos sistemas de assistência psiquiátrica.

Marcos importantes, como a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (1989) e a criação do CAPS Dr. Luís da Rocha Cerqueira (1986), romperam com o modelo hospitalocêntrico, fortalecendo redes de atenção integral. Contudo, [Goulart & Durães](#) (2010) destacam que a reforma enfrenta desigualdades regionais e resquícios do modelo manicomial, sendo um processo de longo prazo e mudanças socioculturais.

O longo processo de desinstitucionalização da loucura e a sua implementação têm variado nas diversas regiões do país. Esse processo iniciou em 1986 em São Paulo com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e no Amazonas, em 2005, com a implantação do primeiro CAPS no município de Parintins e em 2006 na cidade de Manaus.

O estado do Amazonas foi pioneiro no movimento de reforma realizado por profissionais de saúde inconformados pelas condições desumanas, com violência e corrupção do hospital psiquiátrico público. Nos anos de 1979 e 1980 buscavam a transformação asilar através do desenvolvimento de uma estratégia terapêutica baseada no trabalho assistido. Esse movimento se perdeu e estagnou ao longo da década de 1990, e foi retomado em 2001, a partir da aprovação da [Lei nº 10.216](#). A forte pressão do Ministério Público em prol dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental também contribuiu para esse movimento ([Tundis & Costa](#), 2001).

Buscando o avanço do Processo de Reforma Psiquiátrica do estado e a efetivação da Política Estadual de Saúde Mental, foi aprovada a Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas pelo Conselho Estadual de Saúde por meio da [Resolução CES nº 037](#) de 04/11/2003 e também do [Projeto de Lei Estadual de Saúde Mental n.º 3.177](#) de outubro de 2007 pela Assembleia Legislativa. Mas sua aprovação não garantiu a implantação efetiva dos serviços substitutivos, que ainda hoje estão aquém da necessidade dessa população.

O estado do Amazonas experienciou o Movimento da Reforma Psiquiátrica de forma particular, marcada por desafios e adaptações relacionadas às suas características territoriais, culturais e socioeconômicas.

O Amazonas, localizado na região Norte do Brasil, é o maior estado em extensão territorial, com 1.559.167,878 km<sup>2</sup>, representando cerca de 18% do território nacional. Sua população, estimada em 4,3 milhões de habitantes ([IBGE](#), 2023), está distribuída em 62 municípios, embora mais de 50% da população do estado esteja concentrada na capital Manaus, com cerca de 2,2 milhões de pessoas. O estado possui um IDH médio de 0,674 ([PNDU](#), 2010), refletindo desafios em áreas como saúde e educação. Com uma densidade demográfica baixa (2,23 habitantes/km<sup>2</sup>), a grande extensão territorial e a predominância da Floresta Amazônica dificultam a ocupação. As dificuldades encontradas pelas populações residentes no interior quanto à mobilidade (grande parte do acesso é fluvial), emprego e renda, qualificação profissional, serviços de saúde especializados e a busca por melhores condições e qualidade de vida, tornam as migrações para a capital do estado constantes. Essa realidade exige a integração entre práticas tradicionais de cuidado, comuns em comunidades indígenas e ribeirinhas, e os modelos convencionais de saúde mental demanda uma abordagem culturalmente sensível e inclusiva.

Como é sabido, no cenário dinâmico das políticas públicas, os impasses se renovam, deslocam-se e introduzem novos desafios. A Reforma Psiquiátrica iniciou-se com o objetivo de questionar a visão dominante sobre a loucura e promover uma mudança na forma de tratamento, buscando transformar o pensamento psiquiátrico e suas consequências culturais e subjetivas. Inicialmente, os esforços se concentraram na população com transtornos graves, frequentemente rotulada como perigosa e socialmente excluída. Com o tempo, o movimento se expandiu para lidar com o crescente problema das drogas no Brasil, introduzindo serviços como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) e estratégias de cuidado ampliado, que promoviam o protagonismo do usuário. Também foram desenvolvidas políticas voltadas para os transtornos graves no desenvolvimento infantil e juvenil, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi), atendendo às especificidades dessa população e exigindo um trabalho intersetorial das equipes ([Dassoler & Palombini](#), 2020).

Outro ponto de destaque seria em relação à importância das equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes de matriciamento que desempenham papéis fundamentais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na atenção em saúde mental, especialmente após a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O município de Manaus está dividido em 5 distritos de Saúde (DISAS), sendo que um é rural/fluvial e atende comunidades ribeirinhas, peculiaridade regional, e que também se mostra um desafio para a Atenção Primária. A unidade básica fluvial é itinerante e atende as comunidades próximas da capital, com duas expedições mensais, uma para atender comunidades que vivem às margens do Rio Negro e outras às margens do Rio Amazonas, realizadas por duas equipes de saúde (Lemos, 2019).

Segundo dados recentes disponíveis no sistema e-Gestor do Ministério da Saúde, o cálculo do teto de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Amazonas conforme estipulado pela [Portaria nº 2.355](#) de 2013: para a capital (Manaus) é de 931 equipes; estão credenciadas 400, das quais somente 187 estão cadastradas e implantadas, o que mostra uma cobertura populacional estimada de 34,64% ([Ministério da Saúde](#), 2014). A cobertura em 2018 foi de 32,23% na ESF e de 45,51% na Atenção Básica ([Ministério da Saúde](#), 2019).

Em relação ao estado do Amazonas, o cálculo do teto de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) considerando uma população de 3.941.613 dos dados da Atenção Básica de 2024, aponta a necessidade de 1.970 equipes. Contudo, segundo dados, em relação à quantidade de cadastros ESF financiados (2.912,467), há 842 equipes financiadas até o ano de 2024 ([Ministério da Saúde](#), 2024).

No caso do Amazonas, a grande extensão territorial, aliada à baixa densidade demográfica e aos desafios de acesso em áreas ribeirinhas e indígenas, influencia a adaptação prática desse teto e se reflete também na cobertura populacional efetiva. Em algumas regiões, a cobertura pode ser limitada pela disponibilidade de profissionais e pelas condições de infraestrutura de saúde.

Embora a implementação das ESF e NASF tenha avançado, ainda existem desafios em termos de capacidade de recursos, capacitação contínua das equipes e articulação entre os diferentes níveis de cuidado. A integração efetiva entre esses serviços é essencial para garantir um atendimento em saúde mental acessível, eficaz e centrado nos direitos dos usuários.

Conforme aponta [Lemos](#) (2019), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Amazonas está em expansão, mas ainda enfrenta desafios significativos para garantir acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde mental, devido à complexidade geográfica e social da região. Embora o número de CAPS e NASF tenha aumentado, a integração de práticas tradicionais de cuidado, comuns em comunidades indígenas e ribeirinhas, com os modelos convencionais exige uma abordagem culturalmente sensível. A escassez de dispositivos substitutivos adequados e a limitada transversalidade da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF) comprometem a efetividade do sistema. A centralização dos serviços em Manaus e a falta de recursos e profissionais especializados dificultam o acesso, especialmente para populações rurais e ribeirinhas. Embora o Amazonas tenha avançado na estruturação da saúde mental e na desinstitucionalização psiquiátrica, a implementação de serviços ainda precisa ser adaptada às especificidades locais, integrando práticas tradicionais para garantir um atendimento mais humanizado e eficiente.

Historicamente, o Amazonas, assim como outras regiões do Brasil, enfrentou a falta de políticas públicas específicas e uma priorização insuficiente da saúde mental pelos gestores públicos. A saúde mental no estado, especialmente nas áreas mais distantes e nas periferias urbanas, foi negligenciada por muito tempo, refletindo um cenário comum no país, onde a saúde mental, em geral, sempre ficou à margem das principais agendas de políticas públicas. Portanto, a priorização da saúde mental no Amazonas foi historicamente insuficiente, e os gestores enfrentaram uma série de dificuldades para implementar políticas eficazes nesse campo, apesar dos avanços mais recentes.

Este artigo analisou historicamente através de fontes documentais e orais a política de saúde mental

e da política das instituições que prestam assistência em saúde mental no Amazonas, identificando os principais atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica e suas estratégias no processo de efetivação. A pesquisa é relevante por ampliar o entendimento sobre os desafios enfrentados em um estado marcado por dimensões territoriais vastas e diversidade cultural significativa, onde a construção de serviços substitutivos e a implementação de estratégias de desinstitucionalização enfrentam barreiras singulares.

Dentre as contribuições do estudo, destacam-se o registro histórico das transformações no cuidado em saúde mental no estado, a análise crítica das políticas públicas e a reflexão sobre os avanços e desafios ainda existentes para a consolidação de um sistema de atenção psicossocial efetivo e sustentável no Amazonas. Assim, este artigo pretende não apenas enriquecer o debate sobre saúde mental no contexto amazônico, mas também subsidiar formuladores de políticas e gestores na construção de estratégias mais eficazes e culturalmente adequadas para o cuidado em saúde mental na região.

## Material e método

### Locus da pesquisa

A pesquisa foi do tipo qualitativa e utilizou fontes orais e documentais. Esse tipo de metodologia foi importante porque a história do movimento de Reforma Psiquiátrica no Amazonas 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, político, da história da Política de Saúde Mental e do processo de desinstitucionalização no Amazonas.

### Participantes

A organização do conhecimento por meio 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. As fontes orais foram obtidas por meio das entrevistas individuais semiestruturadas

realizadas com: a) Profissionais de saúde que tenham participado da assistência psiquiátrica no período da Reforma Psiquiátrica no estado (2 do CPER, 1 Policlínica, 1 CAPS Manaus, 1 CAPS Estado, 1 CAPS AD Manacapuru, 2 psiquiatras da década de 1980 do CPER); b) 4 Coordenadores do Programa Estadual de Saúde Mental que assumiram o cargo no período de 2001 a 2013. c) Gestores municipais de Saúde Mental (Capital e Manacapuru – 1 CAPS AD).

Utilizamos a categoria de memória coletiva de [Halbwachs](#) (2006), que pressupõe que o indivíduo que lembra é sempre um indivíduo inserido e habitado por grupos de referência; a memória é sempre construída em grupo, mas é também, sempre, um trabalho do sujeito. O que está sendo trabalhado é como se deu a Reforma Psiquiátrica no Amazonas a partir da memória dos atores envolvidos nesse processo. Os entrevistados identificaram os atores envolvidos e a partir disso outras entrevistas foram realizadas com os atores identificados.

### Análise de dados

A análise das entrevistas foi realizada por meio da análise do discurso, entendendo o contexto no qual os fatos relatados ocorreram. Foi traçada uma correlação entre as mudanças ocorridas no direcionamento da política nacional e sua consequência para a Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas. Fontes documentais como ofícios, relatórios de gestão, atas de reunião dos conselhos estaduais e municipais de Manaus e Manacapuru foram coletadas e serviram principalmente para organizar cronologicamente e complementar as informações trazidas nas entrevistas.

### Questões éticas

Por fim, o presente projeto tomou como base de orientação ética a [Resolução nº 466/2012](#), que estabelece 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 n.º 734.383, que consta no Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) nº 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

### O processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil

[Hirdes](#) pontua como marcos práticos de reversão do modelo manicomial: a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos; criação do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo; criação do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, conhecido como Nossa Casa (2009, p. 298). Sobre a intervenção em [Borges](#) (2007) coloca que este evento impôs materialidade à Reforma Psiquiátrica proposta por Basaglia por meio da criação da primeira rede de saúde mental no Brasil, rompendo, assim, com a lógica hospitalocêntrica.

Sobre o CAPS Luiz Cerqueira, implantado em 1986, [Pitta](#) (2011) o coloca como um marco inaugural de uma nova forma de cuidar que passa a olhar a pessoa em sofrimento psíquico enquanto sujeito capacitado para interagir em seu território, de modo a considerar a família, moradia, trabalho, arte e renda. Segundo [Hirdes](#) (2009), a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989, foi um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, com a construção de estruturas substitutivas. A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local.

As Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas a partir da década de 1980, também marcaram o

processo de transformações da política de saúde mental no país. A 1ª conferência ocorreu em 1987 como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual estabeleceu-se a responsabilidade do Estado em oferecer saúde a todos. A Conferência propôs a criação de um Sistema Único de Saúde, designando ao Estado a responsabilidade pela execução da Política de Saúde Mental.

Vale destacar que o referido movimento não foi uniforme em território brasileiro. [Goulart & Durães](#) (2010) afirmam que a Reforma Psiquiátrica ainda está em andamento e que as mudanças para sua efetivação atravessam aspectos socioculturais e será uma mudança em longo prazo.

A Ata da 1ª Reunião da Comissão Estadual de Saúde Mental do Amazonas (CESMA) ocorrida em 07/02/2012 evidenciava esses resquícios do padrão antigo de tratamento:

*O sr. Setemberg falou da existência de espancamentos dos pacientes no CPER ocorrendo ainda no ano de 2012, mencionando falhas no atendimento da unidade por parte dos servidores.*

Aderir ao que de fato a Reforma Psiquiátrica se propõe, colocando em prática seus pressupostos, requer a compreensão do que de fato é a desinstitucionalização e a remodelação da atuação profissional. [Amarante](#) (1994) aponta que o termo desinstitucionalização não se refere apenas a uma mera desospitalização, mas sim de rupturas de paradigmas. Desse modo, a sociedade terá que aprender a conviver com os portadores de transtorno mental e a desenvolver um olhar diferenciado sobre estes.

A desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica brasileira consiste na concepção Basagliana, conforme exposto por [Heidrich](#) (2007), que confere um outro destino social, um outro lugar à loucura tanto em nível de tratamento quanto de transformações e busca de emancipação. Na conquista de novos dispositivos de saúde mental, substitutivos ao manicômio, há como desafio da atualidade as contradições nas práticas revelando, portanto, a árdua tarefa de concretizar uma atuação em saúde mental que de fato seja transformadora ([Dimenstein](#), 2004). Sobre isso, os entrevistados destacam:

*Entre as décadas de 1980-1990, estavam experimentando um novo jeito de fazer saúde, novas metodologias, baseado no vínculo, baseado na relação. Essa ideia de apoio matricial é uma ideia que nasce na saúde mental, o projeto terapêutico singular que é tão só trabalhar o projeto de vida que vai muito além da doença, de sofrimento, etc (Ator E)*

*É novo no Amazonas trabalhar com a lógica do cuidado. E é nesse desenho que tem sido pensado para que esses profissionais não fiquem na lógica ambulatorial. Formação e capacitação e potencialidade tem sido ofertado a esses trabalhadores desses lugares constantemente, pelo estado pelo nível federal. Em 2013-2014 formou-se 40 técnicos para não ficar nesse olhar. (Ator ML)*

A criação de uma rede humanizada de saúde mental no Brasil enfrenta desafios complexos, conforme destaca [Dimenstein](#) (2004), que ressalta a necessidade de uma “reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde” e uma mudança na cultura organizacional predominante (p. 114). [Rotelli](#) complementa essa visão ao afirmar que essa transformação exige que os profissionais sejam capazes de “reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma”, tornando-se “trabalhadores ativos no processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida” (1990, p. 114). Sobre a dificuldade na mudança de paradigma em saúde mental, um dos entrevistados destaca:

*Para mim ainda não tem ainda nada de novo e não está sendo implementado essa questão do projeto terapêutico singular e clínica ampliada. De vez em quando mudam os apelidos e continuam o mesmo manejo. O que eu acho mais difícil na Reforma Psiquiátrica é a reforma das pessoas. Pois se as pessoas continuarem vendo a pessoa com transtorno mental e atender e se relacionar com ela do jeito que eu chamo tradicional, não terá avanço. Para mim a coisa mais difícil na Reforma Psiquiátrica é a reforma do ser humano, é a mudança do ser humano de enxergar e encarar a loucura. (Ator A)*

A esse processo de reprodução das formas de lidar com a loucura, além dos muros do manicômio, que Paulo Amarante denomina de “capsômios”, muda-se a estrutura, criando novos modelos de atenção comunitária, mas se reproduz o antigo modo de lidar com os portadores de transtorno mentais, não devolvendo-lhes

a cidadania tão necessária para uma reabilitação psicossocial que lhes foi negada ao longo de séculos. Sobre os “capsômios”, um dos entrevistados destaca:

*Os CAPS não acho que foram 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 interiores e me deparo com os CAPS, eu 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 M).*

Outros entrevistados destacam que para mudança de modelo em saúde mental não basta implantar novos serviços substitutivos com o objetivo de garantir o acesso. É imprescindível colocar em prática a lógica do cuidado e efetivar a mudança de paradigma.

*Se a gente hoje for implantar 20 CAPS não vai resolver. A gente vai estar apenas reproduzindo o que tinha antes no Rosa Blaya, garantindo o acesso, mas não garante a mudança de modelo e o cuidado. Você vai sempre criar um suporte grande de internação, vai ficar só no vício de prescrição medicamentosa e não trabalha os outros fatores (Ator E)*

Vários entrevistados destacam que para uma mudança efetiva de paradigma em saúde mental voltada para a desinstitucionalização é necessário muito mais que a implantação de serviços substitutivos. A formação e capacitação têm o papel de qualificar os profissionais e trabalhadores para esse novo modelo, e para a mudança de olhar e de atitude frente aos portadores de transtornos mentais. A mudança do modelo no Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer, principalmente se considerarmos a Região Norte e o Amazonas como compondo uma das últimas posições dos rankings em números de CAPS por 100.000 habitantes.

## **O processo de desinstitucionalização da loucura no Amazonas**

Para o processo de desinstitucionalização da loucura no Amazonas, foi necessário planejamento, construção e consolidação de uma rede de serviços, para

atender às recomendações da [política nacional de saúde mental de nº 10.216 de 2001](#), também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

O objetivo da aprovação da Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas, por meio da [Resolução CES nº 037](#) de 04/11/2003 e do [Projeto de Lei Estadual nº 3.177](#) de outubro de 2007 foi impulsionar o avanço da Reforma Psiquiátrica no estado, promovendo a efetivação de uma rede de atenção à saúde mental que se alinhasse aos princípios da Reforma Psiquiátrica nacional. Isso incluía a implementação de dispositivos substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços especializados, para oferecer um cuidado mais integrado e comunitário à saúde mental, em oposição ao modelo hospitalocêntrico tradicional.

No entanto, apesar da aprovação dessas normativas, elas não garantiram a implantação efetiva dos serviços necessários. Isso se deve aos vários fatores, como a falta de recursos financeiros, a desarticulação entre os gestores e a falta de prioridade política e social para a área de saúde mental. Além disso, a implementação de uma rede de serviços complexa e integrada exige planejamento, mobilização e articulação entre diferentes esferas do governo e da sociedade, o que não ocorreu de forma eficaz no estado. Como resultado, a rede de atenção à saúde mental continuou insuficiente e aquém das necessidades da população.

A política de saúde mental no Amazonas não avançou significativamente em direção à desinstitucionalização dos pacientes com sofrimento psíquico, limitando-se, em muitos casos, às intervenções farmacológicas. A dificuldade na efetivação da política vai além da escassez de psiquiatras, sendo necessário um novo paradigma em toda a rede de assistência psicossocial, já que a centralização do tratamento reflete a distância da Reforma Psiquiátrica. Segundo os entrevistados:

*Dentro da nova ótica o problema não é a falta de psiquiatras. Nós temos a estatística de que grande parte de usuário de serviços psiquiátricos, estão indo atrás de benzodiazepínicos, e os médicos que reforçam esse círculo vicioso. Tem que destacar que existem outros recursos do que encher a cara de remédio para dormir, de beber, de tomar diazepam (Ator M).*

A desinstitucionalização compreende um processo no qual a redução dos leitos deve ser criada concomitantemente com a criação de outros mecanismos que realizem a reinserção social dos portadores de transtornos mentais, como a criação de residências terapêuticas (casas construídas em espaço urbano e que devam atender às necessidades de moradia das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ([Heidrich, 2007](#)).

No Amazonas, verificou-se que o processo de redução de leitos não foi acompanhado pela implantação de serviços substitutivos em número suficiente para atender à demanda, principalmente da capital. Houve um aumento mais expressivo no número de CAPS nos municípios do interior do que na capital. Ao todo, 19 CAPS foram implantados no universo de 61 municípios no período de 2009-2014, enquanto em Manaus foram implantados 3 CAPS no período de 2006-2014.

Outro ponto a destacar no impasse na efetivação da Política de Saúde Mental era a falta de psiquiatras. Contávamos na época com a Residência em Psiquiatria no Hospital Eduardo Ribeiro, e nesse período (2014) foi decidido o encerramento do curso quando a última turma se formasse no ano de 2016.

As Atas do Conselho Estadual de Saúde e falas dos entrevistados demonstram que a demora na implantação dos CAPS em Manaus se dá devido ao não cumprimento das pactuações e dos planejamentos:

*Na Conferência Estadual de Saúde realizada em 2003 foram aprovadas diversas ações de saúde mental e estas não constam no Plano Estadual de Saúde PES e nem no Plano Municipal de Saúde - PMS. O conselheiro destaca ainda que as propostas de ações da comissão de saúde mental não estão se efetivando. A Comissão sugere nessa reunião a construção de **10 CAPS** sendo o primeiro na zona norte que possui a maior concentração de demanda e discute a definição do destino da verba do programa de saúde mental. No ano de 2004 os recursos no valor de 4 milhões de reais não consta em nenhum plano de aplicação, incluindo o PMS e ações básicas de saúde mental. Como prioridade definir ações para diminuir o congestionamento do CPER e policlínica Codajás (Ata da 131 reunião CES - 97 ordinária de 20/12/2004).*



*O secretário estadual de saúde fala da descentralização do CPER, da discussão de locais para implantação do primeiro CAPS de Manaus e destaca que a política do choque elétrico foi substituída pela política medicamentosa... “E que Gabriel Delgado – coordenador nacional de saúde mental não veio como interventor, veio a convite para fazer uma avaliação da política de saúde mental do estado, porque eu como gestor estava com uma ideia equivocada do que era um CAPS e agora sei da real necessidade do seu funcionamento, recursos humanos e estrutura. O estado implantará 2 CAPS e a prefeitura mais 2 CAPS ainda em 2005”. E destaca que a construção do Pronto Atendimento PA está na contramão da política de saúde mental, mas como já está pronto, vai entrar em funcionamento (Ata da 137 reunião CES e 102 ordinária de 31/05/2005).*

*A PPA do programa de SM prevista para o período de 2008-2011, prevê a expansão da rede extra-hospitalar; fomentar e recuperar tecnicamente a implantação de CAPS e NASF nos municípios; instituir residências terapêuticas, contribuiu historicamente com a construção de projetos terapêuticos do hospital de custódia; definir mecanismos de financiamento para a criação de serviço extra-hospitalares, tanto na esfera estadual quanto na municipal. Implantar assistência psiquiátrica nos hospitais gerais e pronto socorro, pactuar segundo a lei 3.177, pactuar novas vagas de saúde mental. E desativar progressivamente o hospital psiquiátrico Eduardo Ribeiro, adequando o espaço físico, espaço sócio cultural e de promoção da saúde mental. Qualificação da formação em rede; capacitar a equipe de Atenção Básica, equipe da saúde da família no atendimento em saúde mental, criar cursos de especialização em saúde mental. (Ata da reunião do CES - 175ª reunião e 138ª ordinária de 21/10/2008).*

*Tinha todo um planejamento para acontecer, mas não havia responsabilidade dos gestores maior, como até hoje a gente vê... se pegar hoje no planejamento da SES e SMS, está tudo desenhado no papel, mas na execução não está. E não é porque os profissionais não queiram. Porque o gestor maior é que determina como as coisas vão funcionar. (Ator E)*

*Em serviços era para ter no mínimo um CAPS em cada zona da cidade e aí teria 12 CAPS, mais ou menos, minimamente, e mesmo assim não atenderia toda a população. Hoje tem 3 serviços e basicamente tem avaliação de regular para baixo, trabalhamos para dar conta, mas não dá para dizer que é bom. (Ator V)*

Apesar de iniciativas como a conferência de 2003, a visita do coordenador nacional de saúde mental em 2004 e o PPA de 2008-2011 a Reforma Psiquiátrica no Amazonas enfrentou dificuldades, especialmente pela falta de sensibilização de gestores e políticos. Embora já fosse necessária a implantação de dez CAPS em Manaus em 2003 e a pactuação de quatro em 2005, apenas o CAPS de Parintins foi implantado nesse ano, e o primeiro CAPS estadual foi implantado em 2006. Até 2014, Manaus tinha apenas quatro CAPS, evidenciando a desassistência. A [Portaria n. 3.088](#) de 2011 estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial, mas o Amazonas ainda enfrentava dificuldades para implantar os CAPS. Em 2005, foi questionada a destinação de recursos para a saúde mental, sendo comprovado o remanejamento de verbas para outras áreas, o que demonstrou a falta de priorização dessa área ao longo dos anos.

O Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, fundado em 1894, passou por várias mudanças desde 2000, adaptando sua estrutura com 150 leitos, divididos entre pronto atendimento, observação clínica, internação e hospital-dia. Em 2006, a instituição iniciou a implementação da Lei de Reforma Psiquiátrica, alterando seu modelo assistencial. O atendimento ambulatorial foi substituído por clínicas específicas, e o setor de Pronto Atendimento foi reestruturado para urgências e emergências psiquiátricas com internações breves. Além disso, os pavilhões para pacientes crônicos foram transformados em residências provisórias, aguardando a remoção para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

[Lopes](#) (2011) destaca que desde o ano de 2009, com a inauguração de uma policlínica no centro da cidade, foi implantado um terceiro atendimento ambulatorial em psiquiatria, com a contratação de mais dois psiquiatras. Esse dado administrativo demonstra um movimento político público que reforça o modelo ambulatorial-hospitalar e enfraquece a estratégia de atenção psicossocial na comunidade, uma vez que os recursos humanos estão sendo disponibilizados para o atendimento centralizado em ambulatório, o que não respeita a lógica territorial.

Em junho de 2012, o ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) foi fechado e os atendimentos ambulatoriais de psiquiatria foram

descentralizados para as quatro policlínicas de Manaus, com a transferência dos profissionais de saúde. Essa mudança contraria a política nacional de saúde mental, que preconiza a criação de RAPS para os atendimentos além de ter um caráter potencialmente iatrogênico e cronicador. O objetivo da descentralização, segundo o folheto distribuído, era melhorar o acesso dos usuários ao tratamento e aos medicamentos. Com isso, psicólogos e outros profissionais foram realocados para as policlínicas, enquanto médicos, enfermeiros e assistentes sociais permaneceram no pronto atendimento do CPER. As policlínicas responsáveis estavam localizadas em diferentes zonas da cidade: Zona Norte, Zona Leste, Zona Sul e Zona Oeste.

Em 2013, o modelo de assistência em saúde mental no Amazonas ainda tinha o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (denominado Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro) como referência oferecendo pronto-atendimento com 28 leitos, sendo 8 de observação para urgência e emergência e 20 de internação breve, com duração máxima de 15 dias. O processo de desinstitucionalização no Amazonas previa o fechamento do único hospital psiquiátrico até 2013, com a substituição por leitos em hospitais gerais e a conclusão da residência em psiquiatria até 2016. A ampliação da rede de serviços substitutivos, como CAPS e SRT, estava em andamento, e os Serviços Residenciais Terapêuticos foram implantados em fevereiro de 2014, após 12 anos de negociações, recebendo os 35 internos de longa permanência do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. No entanto, 22 internos ainda permaneciam no Hospital de Custódia, que foi condenado pelo Conselho Nacional de Justiça pelas condições precárias e tratamento inadequado.

*Memorando para o secretário de estado da saúde solicitando o recurso de implantação do SRT no valor de 160.000 do MS para implantação de 8 SRT, tipo 2, que atenderão 33 pacientes psiquiátricos residentes de longa permanência no CPER. O repasse do recurso foi feito no dia 29/12/2011, 33 moradores no CPER que asilam e que foram encaminhados para o SRT, - tinham idade entre 84 e 30 anos e tinham permanência entre 60 e 6 anos de internação asilar. Memorando SUSAM nº 240 de 17/05/2013.*

A demora da desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência por meio dos SRT, segundo um dos entrevistados, se deu pela discordância dos atores (gestores e profissionais de saúde) em relação às possibilidades de locais para implantação.

Apesar de diversas tentativas, a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais no Amazonas enfrentou barreiras significativas até 2014. A proposta de criação desses leitos em prontos-socorros e hospitais gerais de Manaus apresentada na 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental em 2001, não avançou. O PPA de 2008-2011 previu assistência psiquiátrica nos hospitais gerais, conforme a [Lei Estadual de Saúde Mental n.º 3.177](#), mas sem resultados concretos. A [Portaria nº 2.629/2009](#), que reajustou a remuneração dos serviços de saúde mental em hospitais gerais, não foi suficiente para ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência. Mesmo com a mudança na política de saúde mental nos últimos 30 anos, o desafio de descentralizar a assistência persiste, evidenciando que, embora respaldada por lei, a política ainda não tem sido eficaz no Amazonas.

A criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), em 1988, foi uma tentativa de atender presos com transtornos mentais, mas sua desinstitucionalização começou apenas em 2012, com a inauguração dos primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) sob gestão estadual. Em 2013, após vistoria do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que condenou as condições precárias do HCTP, discutiu-se a municipalização dos serviços substitutivos, já que o CAPS Silvério Tundis tipo III implantado em 2006, e os SRTs de 2012 estavam sob gestão estadual. Entretanto, até 2014, o número de residências não era suficiente para acomodar os 22 internos do hospital, mantendo-os sem tratamento adequado e em condições inadequadas.

Devido ao impasse entre estado e município sobre a municipalização da saúde, o estado passou a implantar serviços que deveriam ser de gestão municipal para impulsionar a Reforma Psiquiátrica no Amazonas. Em 2006, foi implantado o primeiro CAPS em Manaus, com a condição de que o município

assumisse sua gestão após um ano, e em 2012, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram implantados. No entanto, anos após a implementação, o CAPS Silvério Tundis ainda estava sob gestão estadual. Em 2014, o estado implantou uma clínica de dependência química, cadastrada como CAPS AD regional, embora, segundo a Política de Atenção Psicossocial, não se encaixasse como um CAPS AD, e a inauguração do CAPS AD municipal foi prevista para 2015. Esse cenário gerou conflitos de gestão, já que a expectativa era que os serviços fossem municipalizados, mas a resistência à mudança persistia, com o argumento de que “em breve será municipalizado e passará para a gestão municipal”. Esse impasse causava problemas significativos até 2014, como a falta de psiquiatras para realizar as perícias médicas judiciais, prejudicando a população.

O processo de desinstitucionalização do tratamento de transtornos mentais no Amazonas foi longo e marcado por diversos impasses, especialmente pela demora no fechamento do único hospital psiquiátrico e pela dificuldade na implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). A formação da última turma de Residência em Psiquiatria (prevista para 2016), ainda estava vinculada ao Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e a Coordenação Estadual de Saúde Mental não conseguiu cadastrar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais de Manaus. Até 2014, o modelo antigo e o novo coexistiam, devido à falta de leitos e serviços substitutivos suficientes, como os CAPS. A descentralização dos atendimentos e a implantação dos SRTs e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram avanços importantes, assim como o programa “Crack, é Possível Vencer” (2011), que ajudou a criar o primeiro CAPS AD da Região Norte. No entanto, a criação de clínicas de reabilitação para dependentes químicos gerou controvérsias e evidenciou a necessidade de fortalecer a RAPS. Projetos anteriores, como a criação de leitos no Hospital Adriano Jorge na década de 1980, não avançaram, refletindo desafios históricos na atenção psicossocial no estado.

Alguns relatos demonstram a formação na década de 1970, antes e depois da criação da residência em psiquiatria no Amazonas:

*Não existia residência em psiquiatria aqui, as pessoas faziam estágio e formação prática estagiando na clínica privada do Benedito Barbosa e no CPER. Nessa altura o CPER oferecia o que chamavam de residentes, mas eram alunos que faziam medicina e que podiam morar, residir na casa de estudante lá na área verde. Acompanhavam os psiquiatras e iam aprendendo a prática da psiquiatria com aqueles médicos que trabalhavam como Joaquim, Galvão, Benedito Barbosa, Eugênia Turenko, Roberval Bezerra, e eles ficavam responsáveis pelos plantões. (Ator A)*

*Então de 5 anos para cá a gente vê que a Reforma Psiquiátrica andou muito, até porque eu enquanto gestora do Eduardo Ribeiro eu não via nenhuma luz a não ser que tivéssemos uma residência em psiquiatria e duas turmas de especialização em saúde mental pela Fiocruz. Para isso corremos atrás de parcerias e conseguimos. Então foi uma luta muito grande, mas a gente conseguiu implantar a residência em psiquiatria no estado do Amazonas depois de 2 anos de luta, em 2007... Hoje temos bastante profissionais com especialização em saúde mental e é lamentável o fim da residência. É um prejuízo muito grande para o nosso estado. (Ator R)*

Em 2014, o governo do estado implantou o Centro de Reabilitação em Dependência Química Ismael Abdel Aziz, localizado no Km 53 da rodovia AM-010, em Rio Preto da Eva, com o objetivo de tratar e reabilitar dependentes químicos, oferecendo capacidade para atender até 120 pacientes, com espaços para atividades esportivas, lazer e terapia ocupacional. No entanto, a visita técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental resultou em críticas em relação a implantação do centro, que recebeu quase R\$ 17 milhões de investimento estadual. O projeto contrariava as diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental e da [Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica](#), que defendem a desinstitucionalização e reintegração dos pacientes à comunidade, além de ter sido inadequadamente cadastrado como CAPS AD regional, não se enquadrando no modelo das Comunidades Terapêuticas estabelecido pela [Portaria n. 3.088](#).

Os entrevistados se posicionaram em relação à criação do Centro, mostrando que o serviço não seguia a [Lei nº 10.216](#) da Reforma Psiquiátrica. O argumento é que em vez de desinstitucionalizar, a

instituição propunha exatamente a institucionalização. Criticavam também a prioridade da agenda governamental centrada na vontade de um governante.

*O que sei é que o governo que terminou, ele se empenhou principalmente em álcool e drogas porque ele tinha uma pessoa na família e nunca escondeu essa pessoa da família dele. Ele nunca negou. Pelo fato dele ter sofrido na pele, ele assumiu esse lado, mesmo que errado, na contramão do que se diz que é Reforma Psiquiátrica, mas na visão dele ele procurou dar o que ele viu de melhor para o estado que foi um hospital que nós temos no km 54 (Ator R).*

Em agosto de 2022, com o avanço no cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ocorreu o fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) e a inauguração do Centro de Saúde Mental do Amazonas (CESMAM). Quanto ao Hospital de Custódia, seu fechamento só aconteceu entre 2022 e 2023, restando apenas a enfermaria psiquiátrica do presídio em funcionamento. No entanto, essa enfermaria está atualmente em processo de fechamento, com os atendimentos seguindo as diretrizes estabelecidas pela Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

### **A desinstitucionalização da loucura no Amazonas (período de 2012 a 2014)**

Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, de março de 2012, destacam a situação do Amazonas no contexto nacional, especialmente em relação à implantação e cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Enquanto as Regiões Sul e Sudeste do país avançaram mais rapidamente na implementação, a Região Norte, incluindo o Amazonas, enfrentava um processo mais lento, com cobertura insuficiente de CAPS. Até 2009, o Amazonas ocupava o último lugar no ranking de cobertura por 100 mil habitantes, mas em 2010 passou para o penúltimo lugar e, em 2011, obteve uma melhora significativa. Entre 2009 e 2013, a Coordenação Estadual de Saúde Mental do Amazonas implantou 19 CAPS no interior do estado, incluindo em municípios com menos de 20.000 habitantes, adaptando a política à realidade local.

Dos 62 municípios do estado do Amazonas, 19 possuem CAPS implantados no interior e 3 na capital, sendo 2 na cidade de Manacapuru (**o primeiro CAPS AD da Região Norte, inaugurado em 2012**, e um CAPS tipo II, criado 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).

O aumento no número de CAPS por 100 mil habitantes no Amazonas nos anos de 2013-2014 se deu pela implantação de CAPS em diversos municípios, não na capital. Embora a capital Manaus tivesse uma população de 2.020.301 habitantes em 2014, com base em estimativas do IBGE desse ano, tinha apenas três CAPS implantados e o nível de cobertura ainda era crítico. Desses três CAPS, um é do tipo III sob gestão estadual, dois são de gestão municipal, incluindo um CAPS II que será convertido para tipo III e um CAPS infantil. Em 2015, foi implantado o CAPS AD Antidrogas de Manaus, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e funcionando como ponto de triagem para internação no centro de reabilitação estadual. O estado também teve marcos importantes, como a implantação do primeiro CAPS (tipo II) em Parintins, em 2005, e do primeiro CAPS AD da Região Norte em Manacapuru, em 2012, que foi reinaugurado em 2013 como CAPS AD municipal devido à falta de pactuação entre os municípios para um CAPS AD regional.

O estado do Amazonas teve dois marcos históricos: a implantação do **1º CAPS do Amazonas** (tipo II) Adolfo Lourido em 20 de novembro de 2005, no município de Parintins, localizado em um anexo do Hospital Geral Jofre Cohen; e implantação do **1º Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS – AD)** da região norte no município de Manacapuru, em julho de 2012. Esse teve sua reinauguração em 2013 no formato de CAPS AD municipal e não regional, conforme a solicitação de implantação junto ao Ministério da Saúde. A mudança se deu devido à falta de êxito no projeto por falta de pactuação dos municípios que formariam o CAPS – AD regional.



Apesar dos serviços implantados, ainda não se chegou à necessidade de cobertura que é de um CAPS/100.000 habitantes por UF de (março de 2012). O Amazonas apresenta uma cobertura de **0,12%** em 2009 (Cobertura insuficiente/crítica - abaixo de 0,20), saltando para **0,23%** em 2010 (Cobertura baixa - de 0,20 a 0,34) e para **0,45%** em 2011 (Cobertura regular/baixa - entre 0,35 a 0,49). Na Região Norte, os estados que apresentaram um significativo aumento na cobertura foram Pará (de 0,39 para 0,50) e Rondônia (de 0,60 para 0,74), no período de 2009/2011.

Em relação ao levantamento do número de CAPS necessários para atender a população de Manaus, os atores destacam:

*Em 2009 quando eu assumi a coordenação municipal, não havia proposta clara a respeito da saúde mental.*

*Aí fizemos um levantamento com o quantitativo de CAPS, que tipo de CAPS iria precisar, quais ações eram necessárias, etc, de lá para cá esse planejamento não foi alterado. Não falta dinheiro. Eu acredito que é questão do que é definido como prioridade pelo gestor.*

*E aí, gestor estou falando de quem tem a capacidade não só de definir quais políticas prioritárias dentro do município, mas que tenha o poder de fazê-las serem efetivadas. E até então a política de saúde mental infelizmente não teve a prioridade que outras políticas dentro da secretaria têm. E por isso que temos apenas 3 CAPS implantados em Manaus (Ator E)*

*Hoje a gente tem o reflexo de sermos o último no ranking de CAPS por número de habitantes, infelizmente. Está bem feio por aqui. (Ator V)*

Contudo, nos dados de junho de 2022 do Ministério da Saúde, em que o Amazonas tinha uma população de 4.269.995 com base em estimativas do IBGE de 2021, é possível observar uma cobertura de **0,59 em 2022** (cobertura boa), mas ainda aquém da realidade de outros estados brasileiros. Com exceção do Amapá e do Distrito Federal, que apresentaram uma cobertura menor, os outros estados têm uma cobertura superior ao Amazonas ([Ministério da Saúde](#), 2022).

**Serviços Residenciais Terapêuticos:** constituem-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Os SRT foram implantados em fevereiro de 2014. Em junho de 2022, havia 1 SRT-I e 7 SRT-II.

O **Programa de Inclusão Social pelo Trabalho** no Amazonas, com sete iniciativas, faz parte da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, visando à melhoria das condições de vida dos usuários e suas famílias, por meio de trabalho, geração de renda e cooperativas sociais. O **Consultório na Rua (CR)**, implantado em Manaus e Manacapuru, tem como objetivo promover o acesso ao tratamento para pessoas em situação de rua, com alta vulnerabilidade social. Até 2014, havia dois consultórios e em 2022, o número se manteve.

**Leitos em Hospitais Psiquiátricos por UF:** o Amazonas aparece como tendo 126 leitos cadastrados no único hospital psiquiátrico do estado até 2011, mas a partir da implantação dos SRT e do início da desinstitucionalização em fevereiro de 2014, apenas 20 leitos estão funcionando. Em relação à grande variação da proporção de leitos nos diferentes estados, verificou-se que estados como Pará, Acre e Amazonas, por apresentarem um único hospital em seus territórios, demonstravam percentual abaixo da média nacional, em comparação com outros estados. Entretanto, demandavam maior incentivo à organização de redes de atenção psicossocial com especificidades geográficas, sócio culturais e consequentemente, o aumento da acessibilidade.

**Leitos psiquiátricos em Hospital Geral:** O cuidado em rede também deve considerar as situações de agravamento, nas quais se faz necessário lançar mão e garantir o acesso à tecnologia hospitalar, a qual deve ocorrer preferencialmente nos Hospitais Gerais, de forma articulada e como retaguarda aos serviços de acompanhamento longitudinal. Porém, até o ano de 2011, o Amazonas só tinha um leito psiquiátrico cadastrado em Hospitais Gerais por UF segundo o informativo eletrônico ([Ministério da Saúde](#), 2011). A partir de 2014, leitos nos Hospitais HPS 28 de Agosto, HPS Platão Araújo e, anos depois no: Pronto Atendimento Humberto Mendonça HP SER), HPS João Lúcio, e Hospital Nilton Lins. No ano de 2022, já havia 28 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 16



leitos de Psiquiatria em Hospitais Gerais e 1 leito em Hospitais Especializados ([Ministério da Saúde](#), 2022).

### 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 devem ser de gestão municipalizada. No Amazonas, historicamente verifica-se que nos municípios do interior do Amazonas 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 18 CAPS, consultório de rua e outros.

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). Os demais foram implantados em: 2005 (Parintins); 2006 (Manaus – CAPS III e Tefé); 2009 (Rio Preto da Eva); 2010 (Iranduba, CAPS II municipal de Manaus, Autazes, Coari e Borba) ; 2011 (Manicoré e Maués); 2012 (São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá); 2013 (Manaus – CAPS i, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara e São Paulo de Olivença).

Nos municípios do interior, além dos 19 CAPS implantados, há 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) e 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 Lorigo e CAPS AD), Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira e Tefé.

Equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (Policlínicas) de 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 Infanto-Juvenil (CAIC) – gestão estadual Atenção de Urgência e Emergência: SAMU, Pronto Atendimento Humberto Mendonça (HPSER), 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 enfermarias clínicas), 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 Lanzine. 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.

Em 2024, foi inaugurado mais um Serviço em Manaus: CAPS AD Dra Eliana Vitorino Schramn.

### **Identificação dos principais atores e suas estratégias na efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas**

**Manoel Dias Galvão (Psiquiatra)** – No início dos anos 1970, atuou como o introdutor do conceito de comunidade terapêutica no Amazonas e considerado como o porta-voz do lema “Por uma sociedade sem manicômios” se destacando como um dos críticos mais combativos na luta antimanicomial do estado. Participou da auditoria do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) que selou o destino da única clínica privada, que por mais de dez anos baseou seu projeto terapêutico no uso de mão de obra barata de acadêmicos de medicina e no amordaçamento químico dos portadores de sofrimento mental. Na década de 1980, atuou como médico psiquiatra no PAM (Pronto Atendimento Médico) da Codajás,

onde oferecia um tratamento baseado na Clínica da Palavra, sem abuso de psicotrópicos, constituindo-se num raro serviço substitutivo ao hospício.

**Humberto Mendonça** – Estudante de medicina, morador na residência dos estudantes do único hospício público de Manaus. Tornou-se o universitário símbolo da luta antimanicomial ao fotografar em conjunto com uma estagiária do jornal “A crítica” os lugares onde eram “tratados” os internos.

**Silvério Tundis (Psiquiatra)** – No início dos anos 1980, foi símbolo do movimento da Reforma Psiquiátrica Amazonense, liderando um grupo de trabalhadores de saúde mental no movimento de transformação asilar (trazendo à tona a existência da corrupção administrativa, das condições desumanas de tratamento e das violências que ocorriam dentro do único hospício público da cidade de Manaus – Hospital Colônia “Eduardo Ribeiro”). A principal contribuição desse movimento se deu por meio da criação de uma nova modalidade de terapia ocupacional, produtiva e remunerada.

**Rogélio Casado (Psiquiatra)** – No início da década de 1980, assumiu a direção clínica do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro a convite do Silvério Tundis. Na década de 1980, formaram um grupo de agricultura, com pacientes com mais de 20 anos de institucionalização. Baseava-se na terapia ocupacional, sendo desenvolvida de modo produtivo e remunerada. Ainda no final deste período, em novembro de 1987, Rogélio fez uma greve de fome durante seis dias, na tentativa de impedir que o cenário de corrupção e da velha ordem asilar pudessem novamente tomar conta da realidade local. Quanto à realização do trabalho agrícola desenvolvido em sua gestão, este acaba desaparecendo devido à troca da direção clínica do hospital. Em 2004, surgiu a ONG “Associação Chico Inácio” – uma das organizações locais comprometidas com a defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais: entendendo que não apenas é preciso condenar o manicômio, mas criar condições possíveis de reabilitação distante dele. O objetivo era trabalhar a reabilitação fora do cenário hospitalar.

**Ana Maria Coêlho Marques (Psiquiatra)** – Na década de 1970, chegou ao Amazonas e foi contratada como coordenadora de saúde mental do INAMPS. Na década de 1980, integrou o grupo de trabalhadores de saúde mental liderados pelo Silvério Tundis, que questionava as condições de tratamento dentro do Eduardo Ribeiro e a corrupção administrativa. Em 2002, foi criado o Programa Encontro – atividade de extensão da Universidade Federal do Amazonas iniciado em 2002 para subsidiar a implantação das Residências Terapêuticas, no CPER. No ano de 2005, foi fundado o Instituto Silvério de Almeida Tundis (ISAT), associação sem fins lucrativos, de utilidade pública municipal e estadual, que surge para dar suporte administrativo-financeiro ao Programa Encontro no CPER. Organização local comprometida com a defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Ambas organizações (Chico Inácio e ISAT) são importantes suportes pela forma como atuam em direção à valorização da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, a partir de seus projetos e programas desenvolvidos.

**Nazaré Costa (Psiquiatra)** – Na década de 1980 em diante, integrou o grupo de trabalhadores de saúde mental liderado pelo Silvério Tundis e fez parte da equipe que assessorou o Silvério Tundis, quando o mesmo assumiu a coordenação estadual de saúde mental; foi coordenadora municipal de saúde mental do município de Manaus. Atualmente é psiquiatra do tribunal de justiça do Amazonas.

**Luena Matheus Xerez (Psicóloga)** – No período de 2000 a 2001, foi a primeira coordenadora estadual de saúde mental separada da função de diretor do CPER, depois do Silvério Tundis, na década de 1980. Realizou a 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas; Implantou a Comissão Estadual da Reforma Psiquiátrica. Fez a contratação de psicólogos para os CAICs (Centro de Atendimento Integral a Criança) com o objetivo de ofertar atendimento psicológico para a demanda infantil (até então esse serviço era inexistente). Foi criado ainda o Fórum Sociedade Civil e Saúde Mental do estado do Amazonas “Silvério Tundis”.

**Elivandra Franco Mendes (Psicóloga)** a partir de 2005 – Como coordenadora de saúde mental do município de Manaus – foi responsável pela elaboração do projeto e pela implantação do primeiro CAPS municipal de Manaus e pelo planejamento e levantamento das necessidades de CAPS no município de Manaus.

**Lurdes Siqueira (Psicóloga)** – Atuou por anos como psicóloga no CPER, e foi a primeira diretora do CAPS Silvério Tundis de gestão estadual. No ano de 2014, na função de coordenadora estadual de saúde mental, foi a responsável pela implantação dos SRT e da primeira clínica de dependência química do estado.

**Setemberg Rabelo (Assessor técnico em saúde mental no município de Manaquiri)** – Ex-usuário e militante em Saúde mental, desde 2010 vem atuando como assessor técnico para implantação de CAPS nos municípios do interior do Amazonas. Ajudou na realização da primeira Conferência Municipal de Saúde Mental de Manacapuru, e atuou como assessor para implantação de dois CAPS nesse município e também até o ano de 2014 foi assessor em Saúde Mental no município de Manaquiri, ajudando na implantação do CAPS desse município.

## Considerações finais

A data de 1980-1981 é relevante para a história da desinstitucionalização da loucura no Amazonas porque representou o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. O primeiro registro é político-ideológico, na luta pela substituição do modelo asilar e sua tecnologia e o segundo é teórico-técnico, pela transformação radical do campo da saúde mental pela terapia ocupacional.

No final da década de 1980 e início da década de 1990, enquanto no Brasil a atenção em saúde mental inicia ações para a desinstitucionalização, o Amazonas manteve o modelo hospitalocêntrico e uma desospitalização com a redução dos leitos psiquiátricos. Esse modelo resultou, muitas vezes, em práticas de desassistência e abandono.

O estado do Amazonas, a partir dos anos 1990, atravessou um processo de estagnação na discussão da Reforma Psiquiátrica. Os profissionais de saúde mental, organizações da sociedade civil e usuários deixaram de discutir os rumos da saúde mental no estado trabalhando de forma isolada. Isso trouxe como consequência o enfraquecimento do movimento e a diminuição das discussões das políticas públicas e as ações em saúde mental.

O processo de descentralização dos atendimentos para as policlínicas de Manaus nas últimas décadas demonstrava um movimento político público que reforçava o modelo ambulatorial-hospitalar que só vinha mudando de lugar, mas que reproduzia a assistência que era oferecida pelo Ambulatório Rosa Blaya, e que não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial. Portanto muda o local, mas permanece a mesma lógica e o mesmo modelo que era oferecido dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro.

A maior crítica à Reforma Psiquiátrica no Amazonas (e em outras regiões do Brasil) tem sido a manutenção de uma lógica de cuidado predominantemente ambulatorial, ou seja, focada em tratamentos em unidades de saúde como hospitais e ambulatórios, em vez de promover um modelo de atenção baseado na inclusão social, na comunidade e na reabilitação psicossocial.

Essa crítica se alinha com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a desinstitucionalização, ou seja, a redução do uso de hospitais psiquiátricos e a oferta de cuidados em serviços comunitários e abertos. O modelo ambulatorial, muitas vezes, reforça o cuidado centrado no hospital e nas consultas esporádicas, sem uma integração efetiva com a vida cotidiana das pessoas. Ele pode contribuir para uma abordagem fragmentada, sem continuidade, e sem considerar as necessidades de longo prazo das pessoas com transtornos mentais.

A verdadeira transformação proposta pela Reforma Psiquiátrica deveria priorizar o cuidado em rede, com serviços psicossociais que envolvam a comunidade, a família e os próprios pacientes em seu processo de recuperação. O objetivo é promover a autonomia, a reintegração social e o tratamento em ambiente de

menos estigma, criando alternativas que vão além do simples acompanhamento ambulatorial.

Nesse sentido, a crítica está centrada no fato de que, ao manter uma estrutura de cuidado mais voltada para o modelo ambulatorial, a Reforma Psiquiátrica não está cumprindo seu potencial de transformar o cuidado em saúde mental, mantendo práticas e espaços que não favorecem a inclusão e o fortalecimento do cuidado psicossocial em contextos mais próximos ao cotidiano da população.

Os atores envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica têm questionado a mudança do modelo hospitalar no cuidado às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental. No Amazonas, a política de saúde mental, segundo a pesquisa, também enfrentava o desinteresse dos gestores e governantes. Na implantação das redes de atenção, a saúde psicossocial parecia ter menor relevância política e estratégica, refletindo uma marca histórica da saúde mental. Essa visão pode reforçar a exclusão e o estigma social em relação à loucura, que persistem para além das instituições totais. No interior do estado, os serviços de CAPS tentavam ser resolutivos, apesar das dificuldades de acesso a recursos e das especificidades regionais.

Em Manaus, até 2014, predominava a prática hospitalar/ambulatorial como modelo de cuidado. A mobilização da Reforma Psiquiátrica foi iniciada na década de 1980 e retomada nos anos 2000, mas os atores entrevistados acreditam que a reforma não se concretizou completamente devido à desarticulação entre seus participantes e à falta de 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 137<sup>a</sup>, 2005).

Essa realidade só começa a mudar no Amazonas a partir da visita do coordenador nacional de saúde mental, em 2005, realizada com o objetivo de avaliar a política de saúde mental do estado. Na ocasião o coordenador aproveitou a oportunidade para esclarecer e sensibilizar o secretário estadual de saúde sobre a importância da implantação dos serviços substitutivos, destacando o papel a ser desempenhado pelos CAPS nessa nova rede de assistência em saúde mental. O fato de ter logrado êxito nessa visita, abriu espaço para a retomada das discussões e no ano seguinte foi implantado o primeiro CAPS de Manaus.

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 vitória 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).

Dentre as limitações de estudo encontradas, destacam-se: a dificuldade de acesso e disponibilidade de dados atualizados sobre a rede de saúde mental no estado do Amazonas. A falta de registros históricos adequados e documentações incompletas sobre o processo de desinstitucionalização e as políticas públicas implementadas na região também dificultam uma análise detalhada. Além disso, os dados existentes estão frequentemente dispersos entre diferentes órgãos e instituições, o que torna desafiadora uma abordagem abrangente. Outro obstáculo é a escassez de estudos anteriores sobre saúde mental e políticas de desinstitucionalização no Amazonas, o que limita a construção de uma base teórica robusta local. Em termos geográficos, a vasta extensão territorial do estado, com muitos municípios de difícil

acesso, restringe a coleta de dados e o acompanhamento da implementação dos serviços em áreas remotas. A disparidade no desenvolvimento dos serviços entre as regiões urbanas e rurais também impede uma análise comparativa mais eficaz. Além disso, fatores culturais e sociais, como estigmas em torno da loucura e resistência social, podem afetar a aceitação da desinstitucionalização e a adoção de serviços substitutivos, especialmente considerando a diversidade cultural e indígena do Amazonas. Por fim, aspectos políticos e institucionais, como a descontinuidade das políticas públicas devido a mudanças de governo, e a falta de recursos financeiros e institucionais, também limitam a criação e a sustentabilidade dos serviços substitutivos.

Cabe destacar que as mudanças políticas no nível federal podem ter um impacto significativo em como a saúde mental é abordada e gerida em outros níveis de governo, como os estaduais e municipais. No Brasil, as políticas públicas relacionadas à saúde mental, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica, estão intimamente conectadas às decisões políticas federais. Isso pode afetar tanto o financiamento quanto a definição de diretrizes e prioridades para o atendimento à saúde mental. Por exemplo, mudanças no governo federal podem resultar em alterações nos repasses financeiros para a saúde, em ajustes nas normativas que regem a prestação de serviços de saúde mental, ou até mesmo em novos enfoques em relação à assistência aos usuários. Em alguns casos, pode haver tentativas de desmantelar políticas públicas já estabelecidas ou mudanças no modelo de atendimento, o que impacta diretamente as redes de cuidados nos estados e municípios.

Ademais, a saúde mental é um tema interdisciplinar e muitas vezes depende de políticas públicas integradas, que incluem áreas como educação, segurança, trabalho e assistência social. Mudanças em uma dessas áreas, a nível federal, podem reverberar na forma como o sistema de saúde mental é



estruturado e implementado em outros níveis de governo. Essas alterações também podem afetar a formação e a capacitação dos profissionais que trabalham na área, a qualificação das equipes de atendimento e a disponibilização de recursos e serviços adequados para a população. Portanto, para garantir uma abordagem eficaz na saúde mental, é fundamental considerar o contexto político e as mudanças que ocorrem em todos os níveis de governo.

Para [Dassoler & Palombini](#) (2020), a Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada com a desinstitucionalização e o fechamento de manicômios, enfrentou desafios a partir de 2020 devido a mudanças no cenário político e à pressão por um retorno ao modelo hospitalocêntrico. No entanto, os avanços na ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na promoção de um atendimento mais humanizado e comunitário continuam essenciais. A pandemia de Covid-19 destacou ainda mais a importância da saúde mental, levando ao fortalecimento dos cuidados em níveis de atenção primária, como a Atenção Básica e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com apoio das equipes de Saúde da Família (ESF). Especialistas defendem um foco territorial, com integração de cuidados nas comunidades, apoio psicossocial, prevenção de surtos e ampliação de leitos não hospitalares, visando reduzir a institucionalização.

Sobre as mudanças políticas que impactaram a Política de Saúde Mental no Brasil e causaram retrocessos à Reforma Psiquiátrica Brasileira no período de 2016 a 2019, [Sampaio & Bispo Jr](#) (2021) salientam: Entre 2016 e 2019, o Brasil experimentou significativos retrocessos na Reforma Psiquiátrica, com modificações nas políticas de saúde mental e de drogas que contradizem os princípios da Reforma. A partir de 2016, com o impeachment de Dilma Rousseff e a ascensão de grupos conservadores, houve mudanças no governo federal que reduziram direitos e enfraqueceram o papel do Estado nas políticas públicas. Em 2017 e 2018, alterações legais reconfiguraram a Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), incluindo hospitais psiquiátricos na rede e favorecendo a criação de comunidades terapêuticas, o que comprometeu os avanços da desinstitucionalização. Em 2019, a nova Política Nacional sobre Drogas adotou uma abordagem proibicionista e priorizou a abstinência em vez da redução de danos, reforçando a internação e o controle, contradizendo a proposta de autonomia defendida pela Reforma Psiquiátrica. Também foram lançadas medidas que permitiram o uso de eletroconvulsoterapia (ECT) no SUS e a internação de crianças em unidades psiquiátricas, o que gerou forte resistência social. As reformas, como a desconsideração das contribuições da sociedade civil e a retirada de representações de conselhos técnicos, indicaram o enfraquecimento do controle social e o retrocesso nas conquistas da reforma, afetando a qualidade do cuidado psicossocial no país.

Para [Camelo](#) (2020), a atual Política de Saúde Mental do Brasil apresenta indícios de retrocesso em relação à continuidade da Reforma Psiquiátrica, que, ao longo do tempo, trouxe avanços significativos na humanização, inclusão e valorização da autonomia dos usuários, desafiando o modelo manicomial e a cronificação dos pacientes. Contudo, com a mudança nas gestões políticas para um viés conservador neoliberal, a reforma sofreu rupturas, com investimentos focados no mercado financeiro em detrimento das políticas públicas sociais. Um exemplo desse retrocesso foi a publicação da [Nota Técnica nº 11/2019](#), durante o governo Bolsonaro, que autorizou práticas como a volta da eletroconvulsoterapia (ECT), a internação de crianças em hospitais psiquiátricos e a imposição de abstinência forçada no tratamento da dependência química, prejudicando os avanços conquistados na saúde mental e enfraquecendo a luta pela inclusão e direitos dos portadores de transtornos mentais. A reflexão sobre essas mudanças é essencial para evitar que a saúde mental regresse a práticas desumanas e para promover uma evolução contínua e humanizada no tratamento psiquiátrico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, embora tenha alcançado avanços significativos, como a redução de leitos psiquiátricos e a expansão dos serviços substitutivos comunitários, ainda enfrenta desafios consideráveis. Dentre os avanços estão a centralização do cuidado no território e a promoção de autonomia e cidadania dos indivíduos em sofrimento, além do fortalecimento da participação social e da inclusão desses sujeitos em diferentes espaços da sociedade. No entanto, persistem problemas como a estigmatização, a hipermedicalização, a burocratização dos serviços e a insuficiente articulação entre setores. A psiquiatria tradicional ainda domina muitas práticas, e a crítica à patologização e ao controle social segue sendo necessária. Apesar de progressos, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda não cobre totalmente as complexas necessidades de cuidado, e a implementação plena de um modelo substitutivo ao manicomial, que inclua estratégias de empoderamento e cidadania, continua sendo um desafio central para a consolidação da Reforma (Sampaio & Bispo Jr, 2021).

### Agradecimentos

Gerência Estadual de Saúde Mental, Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Fundação Hospitalar Alfredo da Matta, Manaus 69065130, Brasil; Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (Lahpsa), Instituto Leônidas & Maria Deane – FIOCRUZ Amazônia, Manaus 69057-070, Brasil; Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

### 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. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1(1), 61-77. <https://doi.org/10.1590/s0104-59701994000100006>
- 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, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz]. <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>
- Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado do Amazonas. (s.d.). [Informações sobre a Coordenação Estadual de Saúde Mental]. <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=deman>

- Dassoler, V. A., & Palombini, A. L. (2020). Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*, 44(Especial 3), 278-291. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(4), 112-117. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000400013>
- Guitton, A. P. A. L. (2010). *Trajetória do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico* [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23508>
- Goulart, M. S. B., & Durães, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 112-120. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822010000100014>
- Halbwachs, M. (2006). *A memória coletiva*. Centauro Editora. [https://www.researchgate.net/publication/286087054\\_Maurice\\_Halbwachs\\_A\\_Memoria\\_Coletiva](https://www.researchgate.net/publication/286087054_Maurice_Halbwachs_A_Memoria_Coletiva)
- Heidrich, A. V. (2007). *Reforma psiquiátrica à brasileira: Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392>
- 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>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_media/ibge/arquivos/070903d82038130a93f0374ada39f81d.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/070903d82038130a93f0374ada39f81d.pdf)
- Lei n.º 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 n.º 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)
- Lemos, S. M. (2019). *A inserção da saúde mental na atenção primária: Um estudo qualitativo das práticas de profissionais na cidade de Manaus/AM* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/17284>
- 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]. <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/2842/1/Luciana%20Oliveira%20Lopes.pdf>
- Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde. (2005). Carta de Brasília: Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas. [http://www.crpsp.org.br/povos/povos/legislacao/Carta%20de%20Bras%EDlia%20de%202005%20MS\\_OPAS\\_OMS.pdf](http://www.crpsp.org.br/povos/povos/legislacao/Carta%20de%20Bras%EDlia%20de%202005%20MS_OPAS_OMS.pdf)
- Ministério da Saúde. (2011). Saúde Mental em Dados – 8. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-8-janeiro-de-2011>
- Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Saúde mental. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). Relatório e-Gestor [Relatório do Ministério da Saúde sobre o cálculo do teto de equipes da ESF no Amazonas]. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>
- Ministério da Saúde. (2019). Departamento de Atenção Básica. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS): versão resumida para profissionais e gestores. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsm/resource/pt/mis-40720>
- Ministério da Saúde. (2022). Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>
- Ministério da Saúde. (2024). Departamento de Atenção Básica. Plano Nacional de Saúde 2024–2027. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2024\\_2027.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2024_2027.pdf)
- Nascimento, M. S., & Silva, M. B. B. (2020). Desinstitucionalização em debate: Uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde Debate*, 44(3), 33-44. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E305>

- 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>
- Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde. (1990). Declaração de Caracas: Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001300002>
- Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013 (2013). Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degerts/legislacao/legislacao-do-trabalho-em-saude/2013/portaria-2355-10102013.pdf/view>
- Portaria nº 2.629, de 28 de outubro de 2009 (2009). Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2629\\_28\\_10\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2629_28_10_2009.html)
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (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). [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2010). Relatório de desenvolvimento humano 2010: A verdadeira riqueza das nações – vias para o desenvolvimento humano. [https://www5.pucsp.br/ecopolitica/downloads/biblioteca\\_direito/KLUGMAN\\_PNUD\\_2010.pdf](https://www5.pucsp.br/ecopolitica/downloads/biblioteca_direito/KLUGMAN_PNUD_2010.pdf)
- Resolução CES nº 037 de 04/11/2003. (2003). Aprova a Política Estadual de Saúde Mental. Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.
- 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>
- Rotelli, F. (1990). *A instituição inventada*. Publicado originalmente em *Per la salute mentale/for mental health*. <https://saudeecosol.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/10/a-instituicao3a7c3a3o-inventada-franco-rotelli1.pdf>
- Sampaio, M. L., & Bispo, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: A trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00313145. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Tundis, S. A., & Costa, N. R. (2001). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. (7a ed.). Vozes. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53743>
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros com desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora FIOCRUZ.