

Artículo original



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

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

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

Raquel Maria Navarro¹

Zeca Manuel Salimo²

Júlio César Schweickardt³

¹Autora correspondiente. Fundação Hospitalar Alfredo da Matta (Manaus). Amazonas, Brasil. raquel.psicologamanaus@gmail.com

²Universidade Lúrio (Nampula), Mozambique. zecasalimoo@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Manaus). Amazonas, Brasil. julio.ilm@gmail.com

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.

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.



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.

Introducción

El proceso de desinstitucionalización de la locura, iniciado a nivel mundial en la segunda mitad del siglo XX, representó una transformación significativa en los paradigmas de tratamiento de las personas con trastornos mentales. En Brasil, este cambio se concretó a partir de la Reforma Psiquiátrica, que, basada en los principios de ciudadanía, libertad y derechos humanos, propuso el cierre de los manicomios y la sustitución de estos espacios por servicios de salud mental más inclusivos y humanizados.

[Rotelli](#) (1990), en el artículo *La institución inventada*, afirma que “la institución cuestionada en los últimos treinta años no era el manicomio, sino la locura”, defendiendo que la desinstitucionalización debe basarse en el sufrimiento del sujeto y en su relación con la sociedad, y no en la peligrosidad o la enfermedad. En Brasil, el término desinstitucionalización es frecuentemente reducido a la idea de deshospitализación, la cual, según la [Ordenanza nº 3.088](#) de 2011, instituyó la Red de Atención Psicosocial (RAPS) como estrategia en ese contexto ([Nascimento & Silva](#), 2020).

[Guitton](#) (2010) destaca que la institucionalización de la locura surgió de la visión médica que concebía el asilo como un lugar de curación, mientras que [Amarante](#) señaló el error de esa relación entre curación y exclusión. [Amarante](#) (1994) describe las atrocidades presenciadas en los asilos psiquiátricos, como la suciedad, el abandono y la miseria, señalando el escenario que impulsó la Reforma Psiquiátrica, un movimiento que denunciaba el sistema fallido de estas instituciones.

Según [Yasui](#) (2006), la Reforma Psiquiátrica nació de la movilización de los trabajadores de la salud mental, que cuestionaban las políticas y prácticas psiquiátricas. Inspirada en las ideas de Franco Basaglia, el precursor italiano de la Reforma Psiquiátrica, la transformación proponía cambios radicales en los modelos de tratamiento, influyendo profundamente en Brasil. [Amarante](#) (1994) define esta como “una de las transformaciones más radicales en el campo de la psiquiatría y de los saberes sociales” (p. 61).

Desde la década de 1970, movimientos como el Movimiento de Trabajadores en Salud Mental (MTSM) y la División Nacional de Salud Mental (DINSAM) denunciaron los abusos en las instituciones asilares y la “industria de la locura”, mientras que las Conferencias Nacionales de Salud impulsaron el SUS y la responsabilidad del Estado en la salud mental.

La Lucha Antimanicomial en Brasil inició en 1987 durante el Congreso de Trabajadores de Salud Mental en Bauru. Esa lucha culminó con la promulgación de la [Ley Federal nº 10.216](#) en 2001, la cual establece la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y redirige el modelo de atención en salud mental, promoviendo la sustitución progresiva de los modelos hospitalarios tradicionales por una red de cuidados comunitarios. La ley priorizó el tratamiento en libertad, con un enfoque en la reintegración social, asegurando que la hospitalización, cuando fuera necesaria, se utilizara como último recurso y en condiciones dignas. Este proceso fue fortalecido por hitos regionales como la [Declaración de Caracas](#) (1990) y la [Carta de Brasília](#) (2005), que destacaron el compromiso de América Latina con la transformación de los sistemas de atención psiquiátrica.

Hitos importantes, como la intervención en la Casa de Salud Anchieta (1989) y la creación del CAPS Dr. Luís da Rocha Cerqueira (1986), rompieron con el modelo hospitalocéntrico, fortaleciendo redes de atención integral. Sin embargo, [Goulart & Durães](#) (2010) destacan que la reforma enfrenta desigualdades regionales y vestigios del modelo manicomial, siendo un proceso de largo plazo y de cambios socioculturales.

El largo proceso de desinstitucionalización de la locura y su implementación tienen variado en las diferentes regiones del país. Ese proceso se inició en 1986 en São Paulo con la creación del primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS), y en el estado de Amazonas, en 2005, con la implementación del primer CAPS en el municipio de Parintins y en 2006 en la ciudad de Manaus.

El estado de Amazonas fue pionero en el movimiento de reforma impulsado por profesionales de la salud inconformes con las condiciones inhumanas, la violencia y la corrupción del hospital psiquiátrico público. En los años 1979 y 1980, buscaban transformar el modelo asilar mediante el desarrollo de una estrategia terapéutica basada en el trabajo asistido. Este movimiento se perdió y se estancó durante la década de 1990, y fue retomado en 2001, a partir de la aprobación de la [Ley 10.216](#). La fuerte presión del Ministerio Público en defensa de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico o trastornos mentales también contribuyó para este movimiento ([Tundis & Costa](#), 2001).

Buscando avanzar en el Proceso de Reforma Psiquiátrica del estado y la implementación efectiva de la Política Estatal de Salud Mental, se aprobó la Política Estatal de Salud Mental de Amazonas por el Consejo Estatal de Salud a través de la [Resolución CES nº 037](#) del 04/11/2003, así como el [Proyecto de Ley Estatal de Salud Mental nº 3.177](#) de octubre de 2007 por la Asamblea Legislativa. Sin embargo, su aprobación no garantizó la implementación efectiva de los servicios sustitutivos, que aún hoy están por debajo de las necesidades de esta población.

El estado de Amazonas vivió el Movimiento de Reforma Psiquiátrica de una manera particular, marcada por desafíos y adaptaciones relacionadas con sus características territoriales, culturales y socioeconómicas.

Amazonas, ubicado en la región Norte de Brasil, es el estado con mayor extensión territorial, con 1.559.167,878 km², lo que representa cerca del 18% del territorio nacional. Su población, estimada en 4,3 millones de habitantes ([IBGE, 2023](#)), está distribuida en 62 municipios, aunque más del 50% de la población del estado se concentra en la capital Manaus, con aproximadamente 2,2 millones de personas. El estado tiene un IDH medio de 0,674 ([PNUD, 2010](#)), lo que refleja desafíos en áreas como la salud y la educación. Con una baja densidad demográfica (2,23 habitantes/km²), la gran extensión territorial y el predominio de la Selva Amazónica dificultan la ocupación del territorio. Las dificultades que enfrentan las poblaciones del interior del estado en cuanto a movilidad (gran parte del acceso es fluvial), empleo e ingresos, capacitación profesional, servicios de salud especializados y la búsqueda de mejores condiciones y calidad de vida, vuelven las migraciones hacia la capital del estado constantes. Esa realidad exige integración entre las prácticas tradicionales de cuidado, comunes en comunidades indígenas y ribereñas, y los modelos convencionales de salud mental, lo que demanda un enfoque culturalmente sensible e inclusivo.

Como es sabido, en el dinámico escenario de las políticas públicas, los impasses se renuevan, se desplazan e introducen nuevos desafíos. La Reforma Psiquiátrica se inició con el objetivo de cuestionar la visión dominante sobre la locura y promover un cambio en la forma de tratamiento, buscando transformar el pensamiento psiquiátrico y sus consecuencias culturales y subjetivas. En un principio, los esfuerzos se centraron en la población con trastornos mentales graves, frecuentemente etiquetada como peligrosa y socialmente excluida. Con el tiempo, el movimiento se amplió para abordar el creciente problema del consumo de drogas en Brasil, introduciendo servicios como los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras Drogas (Caps AD) y estrategias de cuidado ampliado, que promovían el protagonismo del usuario. También se desarrollaron políticas dirigidas a los trastornos graves en el desarrollo infantil y juvenil, con la creación de los Centros de Atención Psicosocial Infantojuvenil (Capsi), respondiendo a las especificidades de esta población y exigiendo un trabajo intersectorial por parte de los equipos ([Dassoler & Palombini](#), 2020).

Otro punto a destacar sería en relación con la importancia de los equipos de las Estrategias de Salud de la Familia (ESF), de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y de los equipos de apoyo matricial, que desempeñan un papel fundamental en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y en la atención en salud mental, especialmente después de la Reforma Psiquiátrica en Brasil.

El municipio de Manaus está dividido en cinco distritos de salud (DISAS), uno de los cuales es rural/fluvial y atiende a comunidades ribereñas, una particularidad regional que también representa un desafío para la Atención Primaria. La unidad básica fluvial es itinerante y atiende a las comunidades cercanas a la capital, con dos expediciones mensuales: una para atender a las comunidades que viven a orillas del Río Negro y otra a las que viven a orillas del Río Amazonas, realizadas por dos equipos de salud (Lemos, 2019).

Según datos recientes disponibles en el sistema e-Gestor del Ministerio de Salud, el cálculo del techo de equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Amazonas, conforme lo estipulado por la Ordenanza nº 2.355 de 2013, para la capital (Manaus) es de 931 equipos; están habilitados 400, de los cuales solo 187 están registrados e implementados, lo que muestra una cobertura poblacional estimada del 34,64% (Ministerio de Salud, 2014). La cobertura en 2018 fue del 32,23% en la ESF y del 45,51% en la Atención Básica (Ministerio de Salud, 2019).

En lo que respecta al estado de Amazonas, el cálculo del techo de equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), considerando una población de 3.941.613 personas según los datos de Atención Básica de 2024, indica la necesidad de 1.970 equipos. Sin embargo, según datos, en relación a la cantidad de registros de la ESF financiados (2.912.467), hay 842 equipos financiados hasta el año 2024 (Ministerio de Salud, 2024).

En el caso de Amazonas, la gran extensión territorial, sumada a la baja densidad demográfica y a los desafíos de acceso en zonas ribereñas e indígenas, influye en la adaptación práctica de este techo, y se refleja también en la cobertura poblacional efectiva. En algunas regiones, la cobertura puede estar limitada por la disponibilidad de profesionales y por las condiciones de infraestructura en salud.

Aunque la implementación de la ESF y los NASF ha avanzado, aún existen desafíos en términos de capacidad de recursos, formación continua de los equipos y articulación entre los diferentes niveles de atención. La integración efectiva entre estos servicios es esencial para garantizar una atención en salud mental accesible, eficaz y centrada en los derechos de los usuarios.

Como señala Lemos (2019), la Red de Atención Psicosocial (RAPS) en Amazonas está en expansión, pero aún enfrenta desafíos significativos para garantizar un acceso universal y de calidad a los servicios de salud mental, debido a la complejidad geográfica y social de la región. Aunque ha aumentado el número de CAPS y NASF, la integración de prácticas tradicionales de cuidado, comunes en comunidades indígenas y ribereñas, con los modelos convencionales requiere un enfoque culturalmente sensible. La escasez de dispositivos sustitutivos adecuados y la limitada transversalización de la salud mental dentro de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) comprometen la efectividad del sistema. La centralización de los servicios en Manaus y la falta de recursos y profesionales especializados dificultan el acceso, especialmente para las poblaciones rurales y ribereñas. Si bien Amazonas ha avanzado en la estructuración de la salud mental y en la desinstitucionalización psiquiátrica, la implementación de servicios aún necesita adaptarse a las especificidades locales, integrando prácticas tradicionales para garantizar una atención más humanizada y eficiente.

Históricamente, Amazonas, al igual que otras regiones de Brasil, enfrentó la falta de políticas públicas específicas y una priorización insuficiente de la salud mental por parte de los gestores públicos. La salud mental en el estado, especialmente en las zonas más alejadas y en las periferias urbanas, fue desatendida durante mucho tiempo, reflejando un escenario común en el país, donde la salud mental, en general, siempre ha estado al margen de las principales agendas de políticas públicas. Por lo tanto, la priorización de la salud mental en Amazonas ha sido históricamente insuficiente, y los gestores han enfrentado una serie de dificultades para implementar políticas eficaces en este campo, a pesar de los avances más recientes.

Este artículo analizó históricamente, a través de fuentes documentales y orales, la política de salud mental y las políticas de las instituciones que prestan atención en salud mental en el estado de Amazonas, identificando a los principales actores involucrados en el Movimiento de Reforma Psiquiátrica y sus estrategias en el proceso de implementación. La investigación es relevante porque amplía la comprensión sobre los desafíos enfrentados en un estado marcado por vastas dimensiones territoriales y una significativa diversidad cultural, donde la construcción de servicios sustitutivos y la implementación de estrategias de desinstitucionalización enfrentan barreras singulares.

Entre los aportes del estudio, se destacan el registro histórico de las transformaciones en el cuidado de la salud mental en el estado, el análisis crítico de las políticas públicas y la reflexión sobre los avances y desafíos que aún persisten para la consolidación de un sistema de atención psicosocial efectivo y sostenible en Amazonas. De esta manera, este artículo pretende no solo enriquecer el debate sobre salud mental en el contexto amazónico, sino también servir de base para que los formuladores de políticas y gestores desarrollen estrategias más eficaces y culturalmente adecuadas para el cuidado en salud mental en la región.

Material y método

Lugar de investigación

La investigación fue de tipo cualitativo, y utilizó fuentes orales y documentales. Este tipo de metodología fue importante porque la historia del movimiento de Reforma Psiquiátrica en Amazonas está registrada principalmente en la memoria de los personajes que vivieron ese período. El testimonio de estos actores fue relevante para comprender el contexto social y, de cierta forma, político, de la historia de la Política de Salud Mental y del proceso de desinstitucionalización en Amazonas.

Participantes

La organización del conocimiento a través de las entrevistas permitió la creación de un espacio propicio para la reflexión de los sujetos sobre su

actuación, tanto personal como organizacional, en el movimiento por la Reforma Psiquiátrica. Las fuentes orales se obtuvieron mediante entrevistas individuales semiestructuradas realizadas con: a) Profesionales de la salud que participaron en la atención psiquiátrica durante el período de la Reforma Psiquiátrica en el estado (2 del CPER, 1 de la Policlínica, 1 del CAPS Manaus, 1 del CAPS Estatal, 1 del CAPS AD Manacapuru, 2 psiquiatras que trabajaron en la década de 1980 en el CPER); b) 4 Coordinadores del Programa Estatal de Salud Mental que ocuparon el cargo entre 2001 y 2013; c) Gestores municipales de Salud Mental (de la capital y de Manacapuru – 1 CAPS AD).

Utilizamos la categoría de memoria colectiva de [Halbwachs](#) (2006), que plantea que el individuo que recuerda es siempre un sujeto inserto y habitado por grupos de referencia; la memoria siempre se construye en grupo, pero también es, siempre, un trabajo del sujeto. Lo que se investiga es cómo se dio la Reforma Psiquiátrica en Amazonas a partir de la memoria de los actores involucrados en este proceso. Los entrevistados identificaron a los actores participantes y, a partir de esas indicaciones, se realizaron otras entrevistas con los actores identificados.

Análisis de datos

El análisis de las entrevistas fue realizado a través del análisis del discurso, comprendiendo el contexto en el cual ocurrieron los hechos relatados. Fue trazada una correlación entre los cambios en la orientación de la política nacional y sus consecuencias para la Política Estatal de Salud Mental del estado de Amazonas. Se recopilaron fuentes documentales como oficios, informes de gestión, actas de reuniones de los consejos estatales y municipales de Manaus y Manacapuru, que sirvieron principalmente para organizar cronológicamente y complementar la información obtenida en las entrevistas.

Cuestiones éticas

Finalmente, el presente proyecto tomó como base de orientación ética la [Resolución nº 466/2012](#), que establece las directrices y normas que regulan las investigaciones con seres humanos. El proyecto fue sometido en junio de 2013 a la Plataforma

Brasil y enviado al Comité de Ética de la Fundación Universidad del Amazonas (FUA/ UFAM). El proyecto fue aprobado con el dictamen nº 734.383, registrado en el Certificado de Presentación y Aprobación Ética (CAAE) bajo el número: 31084214.7.0000.5020, con fecha del 30/07/2014. Los nombres de los participantes mencionados en el estudio son ficticios, como forma de preservar su identidad y confidencialidad, según el diálogo con los mismos durante la lectura colectiva y apreciación del Consentimiento Informado Libre y Esclarecido realizada antes del inicio de la investigación.

Resultados y discusión

El proceso de desinstitucionalización de la locura en Brasil

[Hirdes](#) señala como hitos prácticos en la reversión del modelo manicomial: la intervención en la Casa de Salud Anchieta, en Santos; la creación del Centro de Atención Psicosocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira, en São Paulo; y la creación del Centro Comunitario de Salud Mental de São Lourenço do Sul, en Rio Grande do Sul, conocido como Nossa Casa (2009, p. 298). Sobre la intervención, [Borges](#) (2007) plantea que este evento dio materialidad a la Reforma Psiquiátrica propuesta por Basaglia, a través de la creación de la primera red de salud mental en Brasil, rompiendo así con la lógica hospitalocéntrica

Sobre el CAPS Luiz Cerqueira, implantado en 1986, [Pitta](#) (2011) lo señala como un hito inaugural de una nueva forma de cuidado, que pasa a considerar a la persona con sufrimiento psíquico como un sujeto capaz de interactuar en su territorio, teniendo en cuenta la familia, la vivienda, el trabajo, el arte y los ingresos. Según [Hirdes](#) (2009), la intervención en la Casa de Salud Anchieta, en Santos, en 1989, fue un hito en la historia de la psiquiatría brasileña, ya que se trató de una experiencia innovadora, donde se realizó una intervención médico-legal en un asilo. Esta puede ser considerada la primera experiencia concreta de desconstrucción del aparato manicomial en Brasil, mediante la creación de estructuras sustitutivas. A partir de estos hitos, se pasó a priorizar la creación de servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico, tales como: redes de atención en salud mental, Centros de Atención Psicosocial (CAPS), camas psiquiátricas en hospitales generales, talleres

terapéuticos y residencias terapéuticas, respetando las particularidades y necesidades de cada lugar.

Las Conferencias Nacionales de Salud, realizadas desde la década de 1980, también marcaron el proceso de transformación de la política de salud mental en el país. La primera conferencia se llevó a cabo en 1987 como un desdoblamiento de la VIII Conferencia Nacional de Salud, en la cual se estableció la responsabilidad del estado de garantizar salud para todos. La Conferencia propuso la creación de un Sistema Único de Salud, asignando al Estado la responsabilidad por la implementación de la Política de Salud Mental.

Cabe destacar que dicho movimiento no fue uniforme en todo el territorio brasileño. [Goulart & Durães](#) (2010) afirman que la Reforma Psiquiátrica aún está en curso y que los cambios necesarios para su consolidación atraviesan aspectos socioculturales, siendo un proceso de largo plazo.

El acta de la 1ª Reunión de la Comisión Estatal de Salud Mental de Amazonas (CESMA), realizada el 07/02/2012, evidenciaba aún estos resquicios del antiguo modelo de tratamiento:

El señor Setemberg habló de la existencia de golpizas a pacientes en el CPER, que aún ocurrían en el año 2012, mencionando fallas en la atención por parte de los servidores de la unidad.

Adherirse verdaderamente a lo que propone la Reforma Psiquiátrica, poniendo en práctica sus principios, requiere comprender qué significa realmente la desinstitucionalización y la remodelación del rol profesional. [Amarante](#) (1994) señala que el término desinstitucionalización no se refiere simplemente a una deshospitalización, sino a una ruptura de paradigmas. De este modo, la sociedad tendrá que aprender a convivir con las personas con trastornos mentales y desarrollar una mirada diferente hacia ellas.

La desinstitucionalización en la Reforma Psiquiátrica brasileña se basa en la concepción basagliana, según lo expone [Heidrich](#) (2007), que propone un nuevo destino social y un nuevo lugar para la locura, tanto a nivel de tratamiento como de transformaciones y búsqueda de emancipación. En la conquista de nuevos dispositivos de salud mental sustitutivos al manicomio, el gran desafío actual son las contradicciones en las

prácticas, lo que revela la ardua tarea de concretar una actuación en salud mental verdaderamente transformadora (Dimenstein, 2004). Sobre esto, los entrevistados destacan:

Entre las décadas de 1980 y 1990, estaban experimentando una nueva manera de hacer salud, nuevas metodologías, basadas en el vínculo, basadas en la relación. Esa idea de apoyo matricial nace en la salud mental, el proyecto terapéutico singular que trata del proyecto de vida, que va mucho más allá de la enfermedad, del sufrimiento, etc. (Actor E).

Es algo nuevo en Amazonas trabajar bajo la lógica del cuidado. Y es bajo este enfoque que se ha estado pensando, para que estos profesionales no queden atrapados en la lógica ambulatoria. Formación, capacitación y desarrollo han sido ofrecidos constantemente a estos trabajadores por parte del Estado y del nivel federal. En 2013-2014, se capacitaron 40 técnicos para no mantener esa visión tradicional. (Actor ML).

La creación de una red humanizada de salud mental en Brasil enfrenta desafíos complejos, como destaca Dimenstein (2004), quien resalta la necesidad de una “reconstrucción de la subjetividad de los trabajadores del campo de la salud” y un cambio en la cultura organizacional predominante (p. 114). Rotelli complementa esta visión al afirmar que esta transformación exige que los profesionales sean capaces de “reconstruir la historia de vida de los usuarios más allá del diagnóstico y del síntoma”, convirtiéndose en “trabajadores activos en el proceso de reelaboración del sufrimiento y reinención de la vida” (1990, p. 114). Sobre la dificultad de cambiar el paradigma en salud mental, uno de los entrevistados señala:

Para mí, aún no hay nada nuevo ni se está implementando realmente la cuestión del proyecto terapéutico singular y de la clínica ampliada. De vez en cuando cambian los nombres, pero el manejo sigue siendo el mismo. Lo que me parece más difícil en la Reforma Psiquiátrica es la reforma de las personas. Porque si la gente sigue viendo a la persona con trastorno mental y relacionándose con ella del modo tradicional, no habrá avance. Para mí, lo más difícil de la Reforma Psiquiátrica es la reforma del ser humano, es cambiar la forma en que el ser humano ve y enfrenta la locura. (Actor A).

A este proceso de reproducción de las formas de tratar la locura, más allá de los muros del manicomio, Paulo Amarante lo denomina “capscómos”. Se cambia la estructura, creando nuevos modelos de atención comunitaria, pero se reproduce la antigua forma de tratar a las personas con trastornos mentales, sin devolverles la ciudadanía, tan necesaria para una rehabilitación psicosocial, y que les fue negada durante siglos. Sobre los “capscómos”, uno de los entrevistados destaca:

No creo que los CAPS hayan sido un avance. Al Ministerio no le gusta ese comentario de Paulo Amarante, que yo considero súper importante. En realidad, lo que hicimos fue montar varios “capscómos”. Porque lo único que están haciendo es medicalizar, y no están realmente haciendo salud mental. Cuando voy al interior y me encuentro con los CAPS, me decepciono. Porque están centrados en el tratamiento medicamentoso, y yo creo que el ambulatorio Rosa Blaya hacía eso mucho mejor, ¿entiendes? Lo hacía mucho mejor que muchos CAPS que conozco. (Actor M).

Otros entrevistados destacan que para lograr un cambio real en el modelo de atención en salud mental no basta con implementar nuevos servicios sustitutivos con el objetivo de garantizar el acceso. Es imprescindible poner en práctica la lógica del cuidado y efectivizar el cambio de paradigma.

Si hoy montamos 20 CAPS, eso no va a resolver el problema. Solo estaríamos reproduciendo lo que ya se hacía antes en el Rosa Blaya: garantizando el acceso, pero sin garantizar un cambio de modelo ni de cuidado. Siempre vas a terminar creando un gran soporte de internación, cayendo en el hábito de la prescripción medicamentosa sin trabajar los otros factores. (Actor E).

Varios entrevistados subrayan que, para una transformación efectiva del paradigma de atención en salud mental, orientada a la desinstitucionalización, se necesita mucho más que la creación de servicios sustitutivos. La formación y la capacitación tienen un papel fundamental en la calificación de los profesionales y trabajadores hacia este nuevo modelo, promoviendo un cambio en la mirada y en la actitud frente a las personas con trastornos mentales. El cambio de modelo en Brasil todavía tiene un largo camino por recorrer, especialmente si consideramos que la región Norte y el estado de Amazonas figuran entre las últimas posiciones en el ranking de CAPS por 100.000 habitantes.

El proceso de desinstitucionalización de la locura en Amazonas

Para el proceso de desinstitucionalización de la locura en Amazonas, fue necesario planificar, construir y consolidar una red de servicios que respondiera a las recomendaciones de la [Política Nacional de Salud Mental n° 10.216](#) del año 2001, también conocida como Ley de Reforma Psiquiátrica.

El objetivo de la aprobación de la Política Estatal de Salud Mental de Amazonas, a través de la Resolución [CES n° 037](#) del 04/11/2003 y del [Proyecto de Ley Estatal n° 3.177](#) de octubre de 2007, fue impulsar el avance de la Reforma Psiquiátrica en el estado, promoviendo la implementación de una red de atención en salud mental alineada con los principios de la reforma nacional. Esto incluía la puesta en marcha de dispositivos sustitutivos, como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y otros servicios especializados, para ofrecer una atención más integrada y comunitaria en salud mental, en contraposición al modelo hospitalocéntrico tradicional.

Sin embargo, a pesar de la aprobación de estas normativas, no se garantizó la efectiva implantación de los servicios necesarios. Esto se debió a los varios factores, como la falta de recursos financieros, la desarticulación entre los gestores y la falta de prioridad política y social en el área de salud mental. Además, la implementación de una red de servicios compleja e integrada exige planificación, movilización y articulación entre distintos niveles de gobierno y la sociedad, lo cual no ocurrió de forma efectiva en el estado. Como resultado, la red de atención en salud mental permaneció insuficiente y por debajo de las necesidades de la población.

La política de salud mental en Amazonas no avanzó significativamente hacia la desinstitucionalización de los pacientes con sufrimiento psíquico, limitándose, en muchos casos, a las intervenciones farmacológicas. La dificultad para implementar la política va más allá de la escasez de psiquiatras, siendo necesario un nuevo paradigma en toda la red de atención psicosocial, ya que la centralización del tratamiento refleja un alejamiento de los principios de la Reforma Psiquiátrica. Según los entrevistados:

Desde esta nueva perspectiva, el problema no es la falta de psiquiatras. Tenemos estadísticas que muestran que gran parte de los usuarios de los servicios psiquiátricos buscan benzodiacepinas, y son los médicos quienes refuerzan ese círculo vicioso. Hay que destacar que existen otros recursos más allá de atiborrarse de medicamentos para dormir, para beber o para tomar diazepam. (Actor M).

La desinstitucionalización comprende un proceso en el cual la reducción de camas debe ir acompañada de la creación de otros mecanismos que favorezcan la reinserción social de las personas con trastornos mentales, como la creación de residencias terapéuticas (viviendas ubicadas en áreas urbanas que atiendan las necesidades habitacionales de personas con trastornos mentales graves, egresadas o no de hospitales psiquiátricos) y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) ([Heidrich](#), 2007).

En Amazonas, se observó que el proceso de reducción de camas no fue acompañado por la instalación de servicios sustitutivos en cantidad suficiente para atender a la demanda, especialmente en la capital. Se evidenció un aumento más significativo en el número de CAPS en los municipios del interior que en la capital. Se implantaron 19 CAPS en un total de 61 municipios entre 2009 y 2014, mientras que en Manaus se implantaron solo 3 CAPS entre 2006 y 2014.

Otro punto importante en el estancamiento de la política de salud mental fue la falta de psiquiatras. En ese momento se contaba con el programa de residencia en psiquiatría en el Hospital Eduardo Ribeiro, Y en ese período (2014) se decidió el cierre del curso una vez que la última cohorte egresara en el año 2016.

Las actas del Consejo Estatal de Salud y los testimonios de los entrevistados muestran que la demora en la implementación de los CAPS en Manaus se debió al incumplimiento de los pactos y de la planificación:

*En la Conferencia Estatal de Salud de 2003 se aprobaron varias acciones en salud mental, pero estas no fueron incluidas en el Plan Estatal de Salud (PES) ni en el Plan Municipal de Salud (PMS). Un consejero señaló que las propuestas de la comisión de salud mental no se estaban ejecutando. En esa reunión se sugirió la construcción de **10 CAPS**, empezando por la zona norte, donde la demanda es mayor, y se discutió el destino de los fondos del programa de salud mental.*

En 2004, los recursos por valor de 4 millones de reales no figuraban en ningún plan de aplicación, incluyendo el PMS y las acciones básicas de salud mental. Como prioridad, se propuso definir acciones para reducir la sobrecarga del CPER y del policlínico Codajás". (Acta de la 131ª reunión del CES – 97ª ordinaria del 20/12/2004).

El secretario estatal de salud habló sobre la descentralización del CPER, la búsqueda de lugares para instalar el primer CAPS en Manaus, y destacó que la política del electrochoque fue reemplazada por la medicamentosa... "Y que Gabriel Delgado – coordinador nacional de salud mental – no vino como interventor, sino invitado para evaluar la política de salud mental del estado, porque yo, como gestor, tenía una idea equivocada de lo que era un CAPS y ahora entiendo su necesidad real, en cuanto a recursos humanos y estructura. El estado implantará 2 CAPS y la alcaldía otros 2 CAPS aún en 2005. También destacó que la construcción del centro de urgencias (PA) va en contra de la política de salud mental, pero como ya está construido, se pondrá en funcionamiento. (Acta de la 137ª reunión del CES y 102ª ordinaria del 31/05/2005).

El PPA del programa de salud mental previsto para el período 2008-2011 contemplaba la expansión de la red extrahospitalaria, fomentar y recuperar técnicamente la implementación de CAPS y NASF en los municipios, instituir residencias terapéuticas, contribuir con la construcción de proyectos terapéuticos en hospitales de custodia, definir mecanismos de financiación para los servicios extrahospitalarios tanto a nivel estatal como municipal. También planteaba implantar atención psiquiátrica en hospitales generales y servicios de urgencia, pactar según la Ley 3.177, acordar nuevas vacantes en salud mental, y desactivar progresivamente el Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, adaptando su espacio físico, sociocultural y de promoción de la salud mental. Además, propuso la cualificación de la formación en red, capacitar a los equipos de Atención Básica y de salud familiar en salud mental, y crear cursos de especialización". (Acta de la 175ª reunión del CES – 138ª ordinaria del 21/10/2008).

Todo estaba planeado para que ocurriera, pero no había responsabilidad por parte de los gestores, como hasta hoy seguimos viendo... Si uno mira el plan actual de la SES y la SMS, todo está dibujado en el papel, pero en la práctica no se ejecuta. Y no es porque los profesionales no quieran, es porque quien determina cómo van a funcionar las cosas es el gestor principal. (Actor E).

En servicios, debería haber al menos un CAPS en cada zona de la ciudad, y eso daría unos 12 CAPS como mínimo, y aun así no sería suficiente para atender a toda la población. Hoy hay solo 3 servicios, y básicamente son evaluados de regulares hacia abajo. Hacemos lo que podemos, pero no se puede decir que sea bueno. (Actor V).

A pesar de iniciativas como la conferencia de 2003, la visita del coordinador nacional de salud mental en 2004 y el PPA del período 2008-2011, la Reforma Psiquiátrica en el estado de Amazonas enfrentó numerosas dificultades, especialmente por la falta de sensibilización de gestores y actores políticos. Aunque ya en 2003 se identificaba la necesidad de implantar diez CAPS en Manaus y se había pactado la creación de cuatro en 2005, solo se implantó el CAPS de Parintins ese año, y el primer CAPS estatal fue implantado 2006. Hasta 2014, Manaus contaba con solo cuatro CAPS, lo que evidenciaba la falta de cobertura en atención. La [Ordenanza n° 3.088](#) de 2011 estableció la Red de Atención Psicosocial (RAPS), pero Amazonas seguía enfrentando dificultades para implantar estos servicios. En 2005, se cuestionó el destino de los recursos destinados a la salud mental, confirmándose el desvío de fondos hacia otras áreas, lo que demostró la baja prioridad otorgada históricamente al área.

El Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, fundado en 1894, pasó por varias transformaciones a partir del año 2000, adecuando su estructura a 150 camas distribuidas entre urgencias, observación clínica, internación y hospital de día. En 2006, la institución comenzó la implementación de la Ley de Reforma Psiquiátrica, transformando su modelo asistencial. La atención ambulatoria fue reemplazada por clínicas específicas y el sector de Urgencias fue reestructurado para atender casos psiquiátricos de emergencia con internaciones breves. Además, los pabellones para pacientes crónicos se convirtieron en residencias temporales, en espera de ser trasladados a los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT).

[Lopes](#) (2011) destaca que desde 2009, con la inauguración de una policlínica en el centro de la ciudad, se implantó un tercer servicio ambulatorio en psiquiatría, con la contratación de dos psiquiatras más. Este movimiento administrativo evidencia una política pública que refuerza el modelo ambulatorio-hospitalario y debilita la estrategia de atención psicosocial comunitaria, ya que los recursos humanos

se destinan a un modelo centralizado que no respeta la lógica territorial.

En junio de 2012, el ambulatorio del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) fue cerrado, y los servicios ambulatorios en psiquiatría se descentralizaron hacia las cuatro policlínicas de Manaus, junto con el traslado de los profesionales de salud. Esta medida va en contra de la política nacional de salud mental, que promueve la creación de RAPS para la atención, y tiene un carácter potencialmente iatrogénico y cronificador. Según el folleto distribuido, el objetivo de la descentralización era mejorar el acceso de los usuarios al tratamiento y a los medicamentos. Como parte del proceso, psicólogos y otros profesionales fueron reubicados en las policlínicas, mientras que médicos, enfermeros y trabajadores sociales permanecieron en el área de urgencias del CPER. Las policlínicas responsables estaban ubicadas en distintas zonas de la ciudad: Norte, Este, Sur y Oeste.

En 2013, el modelo de atención en salud mental en Amazonas todavía tenía como referencia al Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (denominado Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro), ofreciendo atención de urgencia con 28 camas: 8 para observación y urgencias, y 20 para internación breve, con un máximo de 15 días. El proceso de desinstitucionalización en Amazonas preveía el cierre del único hospital psiquiátrico para 2013, siendo sustituido por camas en hospitales generales y con la conclusión de la residencia en psiquiatría hasta 2016. La expansión de la red de servicios sustitutivos como los CAPS y SRT estaba en curso, y los Servicios Residenciales Terapéuticos se implantaron en febrero de 2014, tras 12 años de negociaciones, recibiendo a los 35 internos de larga permanencia del Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Sin embargo, 22 pacientes permanecían aún en el Hospital de Custodia, que fue condenado por el Consejo Nacional de Justicia debido a sus condiciones precarias y el tratamiento inadecuado.

Un memorando dirigido al Secretario de Estado de Salud solicitaba recursos del Ministerio de Salud por un valor de 160.000 reales para la implementación de 8 SRT tipo 2, que atenderían a 33 pacientes psiquiátricos de larga permanencia del CPER. El recurso fue transferido el 29/12/2011. Esos 33 residentes del CPER tenían edades entre 30 y 84 años y llevaban internaciones que oscilaban entre 6 y 60 años. (Memorando SUSAM n° 240 del 17/05/2013).

La demora en el proceso de desinstitucionalización a través de los SRT se debió, según uno de los entrevistados, al desacuerdo entre los actores involucrados (gestores y profesionales de salud) respecto a los lugares disponibles para su implementación.

A pesar de múltiples intentos, la implantación de camas psiquiátricas en hospitales generales del estado de Amazonas enfrentó importantes barreras hasta 2014. La propuesta de crear estas camas en hospitales generales y de urgencias de Manaus, presentada en la 1ª Conferencia Estatal de Salud Mental de 2001, no avanzó. El PPA 2008-2011 preveía atención psiquiátrica en hospitales generales según la [Ley Estatal de Salud Mental n° 3.177](#), pero no se obtuvieron resultados concretos. La [Ordenanza n° 2.629/2009](#), que reajustó los pagos a los servicios de salud mental en hospitales generales, no fue suficiente para mejorar el acceso ni la calidad de la atención. A pesar de los cambios en la política de salud mental en las últimas tres décadas, el desafío de descentralizar la atención persiste, evidenciando que, aunque respaldada por ley, la política no ha sido eficaz en Amazonas.

La creación del Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico (HCTP), en 1988, fue un intento de atender a personas privadas de libertad con trastornos mentales, pero su desinstitucionalización solo comenzó en 2012, con la implantación de los primeros SRT bajo gestión estatal. En 2013, tras una inspección del Consejo Nacional de Justicia (CNJ), que condenó las condiciones del HCTP, se discutió la municipalización de los servicios sustitutivos, ya que el CAPS Silvério Tundis tipo III, implantado en 2006, y los SRT de 2012 seguían bajo gestión estatal. Sin embargo, hasta 2014, no había residencias suficientes para los 22 internos del hospital, quienes seguían sin tratamiento adecuado y en condiciones precarias.

Debido al conflicto entre Estado y Municipio sobre la municipalización de la salud, el Estado comenzó a implantar servicios que, por norma, deberían ser gestionados por el municipio, con el objetivo de impulsar la Reforma Psiquiátrica en Amazonas. En 2006, se implantó el primer CAPS en Manaus, bajo el compromiso de que el municipio asumiría su gestión tras un año. En 2012, se implantaron los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT). Sin embargo, años después, el CAPS Silvério Tundis aún seguía bajo administración estatal. En 2014, el Estado implantó una clínica de atención a dependencias químicas,

registrada como CAPS AD regional, aunque, según la Política de Atención Psicosocial, no cumplía con los criterios para ser considerada como tal. La inauguración de un CAPS AD municipal se preveía para 2015. Esta situación generó conflictos de gestión, ya que se esperaba la municipalización de los servicios, pero la resistencia a esa transferencia persistía, bajo el argumento de que “pronto será municipalizado”. Este impasse seguía causando problemas hasta 2014, como la falta de psiquiatras para realizar peritajes judiciales, lo que afectaba a la población.

El proceso de desinstitucionalización del tratamiento de trastornos mentales en Amazonas fue largo y estuvo marcado por varios obstáculos, especialmente por la demora en el cierre del único hospital psiquiátrico y las dificultades para implantar los SRT. La última cohorte de la Residencia en Psiquiatría, prevista para 2016, aún estaba vinculada al Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, y la Coordinación Estatal de Salud Mental no logró registrar camas psiquiátricas en hospitales generales de Manaus. Hasta 2014, convivían el modelo antiguo y el nuevo debido a la falta de camas y de servicios sustitutos suficientes, como los CAPS. La descentralización de los servicios, la implementación de los SRT y de la RAPS fueron avances significativos, así como el programa “Crack, es Posible Vencer” (2011), que permitió la creación del primer CAPS AD de la región Norte. No obstante, la creación de clínicas de rehabilitación para dependientes químicos generó controversias y mostró la necesidad de fortalecer la RAPS. Proyectos anteriores, como la creación de camas psiquiátricas en el Hospital Adriano Jorge en los años 80, no avanzaron, reflejando desafíos históricos en la atención psicosocial del estado.

Algunos testimonios relatan la formación en psiquiatría en la década de 1970, antes y después de la creación de la residencia en el Amazonas:

No existía la residencia en psiquiatría aquí. Las personas hacían prácticas y se formaban estagiando en la clínica privada de Benedito Barbosa y en el CPER. En esa época el CPER ofrecía algo que llamaban residencia, pero eran estudiantes de medicina que podían residir en la casa de estudiantes de la zona verde. Acompañaban a los psiquiatras y aprendían la práctica con médicos como Joaquim, Galvão, Benedito Barbosa, Eugênia Turenko, Roberval Bezerra, y quedaban a cargo de los turnos. (Actor A).

En los últimos 5 años, hemos visto muchos avances en la Reforma Psiquiátrica. Cuando yo era gestora del Eduardo Ribeiro, no veía ninguna luz al final del túnel si no tuviéramos una residencia en psiquiatría y dos cursos de especialización en salud mental con Fiocruz. Luchamos por conseguir esas alianzas y lo logramos. Fue una gran batalla, pero conseguimos implantar la residencia en psiquiatría en Amazonas en 2007, después de 2 años de lucha... Hoy tenemos bastantes profesionales especializados en salud mental y es lamentable el fin de la residencia. Es una gran pérdida para nuestro estado. (Actor R).

En 2014, el gobierno del estado implementó el Centro de Rehabilitación en Dependencia Química Ismael Abdel Aziz, ubicado en el kilómetro 53 de la carretera AM-010, en el municipio de Rio Preto da Eva, con el objetivo de tratar y rehabilitar a personas con dependencia de sustancias, ofreciendo capacidad para atender hasta 120 pacientes, con espacios destinados a actividades deportivas, recreativas y de terapia ocupacional. Sin embargo, una visita técnica realizada por la Coordinación Nacional de Salud Mental generó críticas respecto a la implementación del centro, que recibió una inversión estatal de casi 17 millones de reales. El proyecto contradecía las directrices de la Política Estatal de Salud Mental y la [Ley nº 10.216 de Reforma Psiquiátrica](#), que promueven la desinstitucionalización y la reintegración de los pacientes a la comunidad. Además, fue registrado de forma inadecuada como un CAPS AD regional, sin ajustarse al modelo de Comunidades Terapéuticas establecido por la [Ordenanza nº 3.088](#).

Los entrevistados se posicionaron en contra de la creación del Centro, señalando que el servicio no seguía lo estipulado por la [Ley nº 10.216 de Reforma Psiquiátrica](#). Argumentaban que, en lugar de desinstitucionalizar, la institución promovía justamente la institucionalización. También criticaban la prioridad de la agenda gubernamental centrada en la voluntad de un gobernante.

Lo que sé es que el gobierno anterior se enfocó principalmente en el tema del alcohol y las drogas porque tenía un familiar afectado y nunca lo ocultó. Nunca lo negó. Por haber vivido ese sufrimiento en carne propia, asumió esa causa, aunque fuera en contra de lo que propone la reforma psiquiátrica. Desde su perspectiva, trató de ofrecer lo que él creía mejor para el estado, que fue el hospital que hoy tenemos en el kilómetro 54. (Actor R).

En agosto de 2022, con los avances en el registro de camas psiquiátricas en hospitales generales, se concretó el cierre del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) y la inauguración del Centro de Salud Mental del Amazonas (CESMAM). En cuanto al Hospital de Custodia, su cierre se dio entre 2022 y 2023, quedando únicamente en funcionamiento la enfermería psiquiátrica del centro penitenciario. No obstante, esta unidad también se encuentra actualmente en proceso de cierre, y sus atenciones están siendo reorientadas conforme a las directrices de la Resolución 487 del Consejo Nacional de Justicia (CNJ).

La desinstitucionalización de la locura en Amazonas (período de 2012 a 2014)

Datos de la Coordinación Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, de marzo de 2012, destacan la situación del estado de Amazonas en el contexto nacional, especialmente en lo que respecta a la implementación y cobertura de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Mientras que las regiones sur y sudeste del país avanzaron con mayor rapidez en la implementación, la región norte, incluyendo a Amazonas, enfrentaba un proceso más lento, con una cobertura insuficiente de CAPS. Hasta 2009, Amazonas ocupaba el último lugar en el ranking de cobertura por cada 100 mil habitantes, pero en 2010 subió al penúltimo lugar y, en 2011, logró una mejora significativa. Entre 2009 y 2013, la Coordinación Estatal de Salud Mental del Amazonas implementó 19 CAPS en el interior del estado, incluyendo municipios con menos de 20.000 habitantes, adaptando la política a la realidad local.

De los 62 municipios del estado de Amazonas, 19 cuentan con CAPS implantados en el interior y 3 en la capital, siendo 2 en la ciudad de Manacapuru (**el primer CAPS AD de la Región Norte, inaugurado en 2012, y un CAPS tipo II, creado en 2010**). Los demás se distribuyen así: año 2005 (Parintins), año 2006 (Manaus – CAPS III y Tefé), año 2009 (Rio Preto da Eva), año 2010 (Iranduba, CAPS II municipal de Manaus, Autazes, Coari y Borba), año 2011 (Manicoré y Maués), año 2012 (São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí y Humaitá), y año 2013 (Manaus – CAPS i, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara y São Paulo de Olivença).

El aumento en el número de CAPS por cada 100 mil habitantes en Amazonas durante los años 2013-2014 se debió a la implantación de CAPS en diversos municipios, no en la capital. Aunque la capital Manaus tenía una población de 2.020.301 habitantes en 2014, según estimaciones del IBGE para ese año, sólo tenía tres CAPS implementados y el nivel de cobertura aún era crítico. De esos tres CAPS, uno es tipo III bajo gestión estatal, y los otros dos bajo gestión municipal, incluyendo un CAPS II que sería convertido en tipo III, y un CAPS infantil. En 2015, se implementó el CAPS AD Antidrogas de Manaus, vinculado a la Secretaría Municipal de Salud, funcionando como punto de clasificación para internaciones en el centro estatal de rehabilitación. El estado también tuvo hitos importantes, como la implantación del primer CAPS (tipo II) en Parintins, en 2005, y del primer CAPS AD de la región norte en Manacapuru, en 2012, el cual fue reinaugurado en 2013 como CAPS AD municipal, debido a la falta de acuerdos entre municipios para establecer un CAPS AD regional.

El estado de Amazonas tuvo dos hitos históricos: la implantación del **primer CAPS del Amazonas** (tipo II), Adolfo Lourido, el 20 de noviembre de 2005, en el municipio de Parintins, ubicado en un anexo del Hospital General Jofre Cohen; y la implantación del **primer Centro de Atención Psicosocial – Alcohol y otras Drogas (CAPS – AD)** de la región norte en el municipio de Manacapuru, en julio de 2012. Este fue reinaugurado en 2013 como CAPS AD municipal, y no regional, según lo solicitado al Ministerio de Salud. El cambio se debió al fracaso del proyecto inicial por la falta de pactos entre los municipios que conformarían el CAPS – AD regional.

A pesar de los servicios implantados, aún no se ha alcanzado el nivel de cobertura necesario, que es de un CAPS por cada 100.000 habitantes por unidad federativa (según los datos de marzo de 2012). Amazonas presentaba una cobertura de **0,12%** en 2009 (cobertura insuficiente/crítica – por debajo del 0,20), subiendo a **0,23%** en 2010 (cobertura baja – de 0,20 a 0,34) y a **0,45%** en 2011 (cobertura regular/baja – entre 0,35 a 0,49). En la región norte, los estados que presentaron un aumento significativo en la cobertura fueron Pará (de 0,39 a 0,50) y Rondônia (de 0,60 a 0,74) en el período de 2009 a 2011.

En relación con el levantamiento del número de CAPS necesarios para atender a la población de Manaus, los actores destacan:

En 2009, cuando asumí la coordinación municipal, no existía una propuesta clara respecto a la salud mental. Entonces hicimos un levantamiento con el número de CAPS necesarios, qué tipo de CAPS se requería, qué acciones eran necesarias, etc. Desde entonces, ese plan no ha sido modificado. No es por falta de dinero. Yo creo que es una cuestión de lo que se define como prioridad por parte del gestor. Y cuando digo gestor, me refiero a quien tiene la capacidad no solo de definir qué políticas son prioritarias dentro del municipio, sino también de hacerlas realidad. Y hasta ahora, la política de salud mental, lamentablemente, no ha tenido la prioridad que sí tienen otras políticas dentro de la secretaría. Por eso es que tenemos solo tres CAPS implementados en Manaus. (Actor E).

Hoy vemos el reflejo de ser los últimos en el ranking de CAPS por número de habitantes, lamentablemente. Está bastante fea la situación por aquí. (Actor V).

Pero, en los datos de junio de 2022 del Ministerio de Salud, cuando Amazonas tenía una población de 4.269.995 basado en estimaciones del IBGE de 2021, es posible observar una cobertura de 0,59 en 2022 (cobertura buena), sin embargo, aún por debajo de la realidad de otros estados brasileños. Con excepción de Amapá y el Distrito Federal, que presentaron una cobertura menor, los demás estados tienen una cobertura superior a la de Amazonas ([Ministerio de Salud](#), 2022).

Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT): se constituyen como un punto estratégico de atención en el proceso de desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial de personas internadas por largos períodos en hospitales psiquiátricos y hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico (HCTP). Los SRT fueron implantados en febrero de 2014. En junio de 2022, había 1 SRT-I y 7 SRT-II.

El **Programa de Inclusión Social por el Trabajo** en Amazonas, con siete iniciativas, forma parte de la **Red de Atención Psicosocial (RAPS)**, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los usuarios y sus familias mediante el trabajo, la generación de ingresos y las cooperativas sociales. El **Consultorio en la Calle (CR)**, implantado en Manaus y Manacapuru, tiene como objetivo promover el acceso al tratamiento para

personas en situación de calle, con alta vulnerabilidad social. Hasta 2014, había dos consultorios, y en 2022, ese número se mantuvo.

Camas en hospitales psiquiátricos por unidad federativa (UF): Amazonas tenía 126 camas registradas en el único hospital psiquiátrico del estado hasta 2011. Pero a partir de la implementación de los SRT y el inicio de la desinstitucionalización en febrero de 2014, solo 20 camas seguían en funcionamiento. En relación a la gran variación en la proporción de camas entre los distintos estados, se verificó que estados como Pará, Acre y Amazonas, al tener un único hospital en su territorio, mostraban un porcentaje por debajo del promedio nacional. No obstante, se evidenciaba la necesidad de un mayor incentivo para organizar redes de atención psicosocial con especificidades geográficas, socioculturales y, en consecuencia, mayor accesibilidad.

Camas psiquiátricas en hospitales generales: El cuidado en red también debe contemplar situaciones de agravamiento, en las cuales se hace necesario utilizar y garantizar el acceso a la tecnología hospitalaria, la cual debe ocurrir preferentemente en Hospitales Generales, de forma articulada y como respaldo a los servicios de acompañamiento longitudinal. Sin embargo, hasta el año 2011, Amazonas tenía solo una cama psiquiátrica registrada en hospitales generales por unidad federativa, según el boletín electrónico ([Ministerio de Salud](#), 2011). A partir de 2014, se habilitaron camas en los hospitales HPS 28 de Agosto, HPS Platão Araújo, y años después en: Pronto Atendimento Humberto Mendonça (HPSER), HPS João Lúcio, y Hospital Nilton Lins. En 2022, ya había 28 camas de salud mental en Hospitales Generales, 16 Camas de psiquiatría en hospitales generales y 1 cama en hospitales especializados ([Ministerio de Salud](#), 2022).

Red de salud mental de Amazonas en la actualidad

La implementación de la Política de Salud Mental depende en gran medida de la sensibilización de los gestores y gobernantes municipales, dado que, debido a la municipalización de los servicios de salud en la década de 1990, los servicios sustitutos como los CAPS y los SRT debe estar bajo gestión municipalizada. En Amazonas, históricamente se ha observado que en los municipios del interior del estado esto ha sido más efectivo, comenzando en 2005 con la instalación del CAPS en Parintins y durante el período de 2009-2013 con la implementación de 18 CAPS, consultorios de calle y otros.

De los 62 municipios en el estado de Amazonas hasta el año 2013, había 19 CAPS en el interior y tres en la capital, siendo dos en la ciudad de Manacapuru (el primer CAPS AD de la región norte en 2012 y otro CAPS tipo II en 2010). Los demás fueron implantados en: en 2005 (Parintins); 2006 (Manaus – CAPS III y Tefé); 2009 (Rio Preto da Eva); 2010 (Iranduba, CAPS II municipal de Manaus, Autazes, Coari y Borba), 2011 (Manicoré y Maués); 2012 (São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá); 2013 (Manaus – CAPS I, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara y São Paulo de Olivença).

En los municipios del interior, además de los 19 CAPS implementados, se tienen equipos del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), el Centro de Atención Psicosocial para Alcohol y otras Drogas (CAPS AD), Consultorios en la Calle en Manacapuru y Manaus, y equipos de salud mental apoyando las Unidades Básicas de Salud (UBS) y la Estrategia de Salud de la Familia prestando asistencia en salud mental a los habitantes. Se observa que debido a las grandes distancias geográficas y las dificultades de acceso entre los municipios del interior y la capital, estos municipios han sido más resolutivos en la cuestión del cuidado en salud mental.

En mayo de 2022, la red contaba con: Atención Primaria en Salud (Unidades Básicas de Salud y Consultorios en la Calle); y Atención Psicosocial Estratégica (CAPS), distribuidos en los siguientes municipios: **5 CAPS en la capital (Manaus):** CAPS III Silvério Tundis; CAPS III Benjamim Matias Fernandes; CAPS AD Dr Afrânio Soares; CAPS I Leste; CAPS I Sur; **21 CAPS en el interior del Estado:** Apuí, Autazes, Borba, Coari, Codajás, Eirunepé, Guajará, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru (CAPS II y CAPS AD), Manicoré, Manaquiri, Maués, Nova Olinda do Norte, Parintins (CAPS II Adolpho Lorigo y CAPS AD), Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira y Tefé.

Equipos multiprofesionales de Atención Especializada en Salud Mental (Policlínicas) de gestión estatal: Atención psiquiátrica y psicológica – Policlínica Codajás, Policlínica Zeno Lanzini, Policlínica João dos Santos Braga, Policlínica José Lins y Policlínica Gilberto Mestrinho. Equipos multiprofesionales de Atención Especializada en Salud Mental Infantojuvenil (CAIC +) – gestión estatal Atención de Urgencia y Emergencia: SAMU, Pronto Atención Humberto Mendonça (HPSER), HPS 28 de Agosto, HPS Platão

Araújo, HPS João Lúcio, SPA José Lins y Unidad de Pronto Atención José Rodrigues (UPA); Atención Hospitalaria: Hospital Especializado; Estrategias de Desinstitucionalización: SRT Lar Rosa Blaya; Atención psicológica especializada: Policlínica Comte Telles, Policlínica José Antônio da Silva, Policlínica Djalma Batista, Policlínica Franco de Sá, Policlínica Antônio Reis y Policlínica Castelo Branco.

En diciembre de 2022, la red contaba con: Manaus / CAPS III Silvério Tundis, CAPS III Benjamim Matias Fernandes, CAPS AD Dr. Afrânio Soares, CAPS I Leste, CAPS I Sur; Interior / CAPS I (puerta abierta / demanda libre) en: 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 (puerta abierta – demanda libre) en: Manacapuru, Itacoatiara y Parintins. CAPS AD (puerta abierta – demanda libre) en: Manacapuru y Parintins.

En 2023, la red contaba con: Manaus / Centro de Rehabilitación en Dependencia Química (100 camas de rehabilitación y 10 camas clínicas), Hospital Dr. Geraldo da Rocha (16 camas, 4 en funcionamiento), 5 Equipos de Salud Mental (Policlínicas). Zona Norte: CAPS III Silvério Tundis, Policlínica João Braga. Zona Sur: CAPS III Benjamim Matias Fernandes, CAPS I Sur, Policlínica Codajás, Centro de Salud Mental de Amazonas. Zonas Centro Sur: CAPS AD Dr. Afrânio Soares, Hospital Nilton Lins. Centro: Policlínica Gilberto Mestrinho. Zona Este: CAPS I Este – Infantojuvenil y Policlínica Zeno Lanzini. Zona Oeste: Policlínica Dr. José Lins.

En 2024, se inauguró un nuevo Servicio en Manaus: CAPS AD Dra. Eliana Vitorino Schramn; Interior: CAPS I (puerta abierta / demanda libre) en: 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 (puerta abierta – demanda libre) en: Manacapuru, Itacoatiara y Parintins. CAPS AD (puerta abierta – demanda libre) en: Manacapuru y Parintins.

En 2024, se inauguró un nuevo servicio en Manaus: CAPS AD Dra. Eliana Vitorino Schramn.

Identificación de los principales actores y sus estrategias en la implementación de la Reforma Psiquiátrica en Amazonas

Manoel Dias Galvão (Psiquiatra) – A principios de la década de 1970, fue el introductor del concepto de comunidad terapéutica en Amazonas y considerado como el portavoz del lema “Por una sociedad sin manicomios”, destacándose como uno de los críticos más combativos en la lucha antimanicomial del estado. Participó en la auditoría del Instituto Nacional de Previsión Social (INAMPS), que selló el destino de la única clínica privada, que por más de diez años basó su proyecto terapéutico en el uso de mano de obra barata de estudiantes de medicina y en el amordazamiento químico de los portadores de sufrimiento mental. En la década de 1980, trabajó como médico psiquiatra en el PAM (Pronto Atención Médica) de Codajás, donde ofrecía un tratamiento basado en la Clínica de la Palabra, sin abuso de psicotrópicos, constituyéndose en un raro servicio sustituto al manicomio.

Humberto Mendonça – Estudiante de medicina, residente en la residencia de estudiantes del único manicomio público de Manaus. Se convirtió en el universitario símbolo de la lucha antimanicomial al fotografiar, junto con una pasante del periódico “A Crítica”, los lugares donde eran “tratados” los internos.

Silvério Tundis (Psiquiatra) – A principios de la década de 1980, fue símbolo del movimiento de la Reforma Psiquiátrica en Amazonas, liderando un grupo de trabajadores de salud mental en el movimiento de transformación del manicomio (sacando a la luz la existencia de corrupción administrativa, las condiciones inhumanas de tratamiento y las violencias que ocurrían dentro del único manicomio público de la ciudad de Manaus – Hospital Colônia “Eduardo Ribeiro”). La principal contribución de este movimiento se dio a través de la creación de una nueva modalidad de terapia ocupacional, productiva y remunerada.

Rogério Casado (Psiquiatra) – A principios de la década de 1980 asumió la dirección clínica del Hospital Colônia Eduardo Ribeiro por invitación de Silvério Tundis. En la década de 1980, formaron un grupo de agricultura con pacientes con más de 20 años de institucionalización. Se basaba en la terapia ocupacional, desarrollándose de manera productiva y remunerada. A finales de este período, en noviembre de 1987, Rogério realizó una huelga de hambre durante seis días, en un intento de

impedir que el escenario de corrupción y el viejo orden asilar pudieran nuevamente tomar control de la realidad local. En cuanto al trabajo agrícola desarrollado durante su gestión, este desapareció debido al cambio de la dirección clínica del hospital. En 2004, surgió la ONG “Asociación Chico Inácio” – una de las organizaciones locales comprometidas con la defensa de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, entendiendo que no solo es necesario condenar el manicomio, sino crear condiciones posibles de rehabilitación lejos de él. El objetivo era trabajar la rehabilitación fuera del escenario hospitalario.

Ana Maria Coêlho Marques (Psiquiatra) – En la década de 1970 llegó a Amazonas y fue contratada como coordinadora de salud mental del INAMPS. En la década de 1980 integró el grupo de trabajadores de salud mental liderados por Silvério Tundis, que cuestionaba las condiciones de tratamiento dentro del Eduardo Ribeiro y la corrupción administrativa. En 2002, se creó el Programa Encuentro – actividad de extensión de la Universidad Federal de Amazonas iniciada en 2002 para subsidiar la implementación de las Residencias Terapéuticas, en el CPER. En 2005 se fundó el Instituto Silvério de Almeida Tundis (ISAT), una asociación sin fines de lucro, de utilidad pública municipal y estatal, que surgió para dar soporte administrativo-financiero al Programa Encuentro en el CPER. Organización local comprometida con la defensa de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Ambas organizaciones (Chico Inácio e ISAT) son importantes soportes por la forma en que actúan en favor de la valorización de la ciudadanía de las personas con trastornos mentales, a partir de sus proyectos y programas desarrollados.

Nazaré Costa (Psiquiatra) – Desde la década de 1980 en adelante, integró el grupo de trabajadores de salud mental liderado por Silvério Tundis y fue parte del equipo que asesoró a Silvério Tundis cuando asumió la coordinación estatal de salud mental; fue coordinadora municipal de salud mental en el municipio de Manaus. Actualmente es psiquiatra del tribunal de justicia de Amazonas.

Luena Matheus Xerez (Psicóloga) – En el período de 2000 a 2001, fue la primera coordinadora estatal de salud mental separada de la función de directora del CPER, después de Silvério Tundis en la década de 1980. Realizó la 1ª Conferencia Estatal de Salud Mental de Amazonas; implantó la Comisión Estatal de Reforma Psiquiátrica; contrató psicólogos para los CAIC's (Centro

de Atención Integral a la Infancia) con el objetivo de ofrecer atención psicológica a la demanda infantil (hasta entonces este servicio no existía). También se creó el Foro Sociedad Civil y Salud Mental del Estado de Amazonas “Silvério Tundis”.

Elivandra Franco Mendes (Psicóloga) desde 2005 – Como coordinadora de salud mental del municipio de Manaus, fue responsable de la elaboración del proyecto y la implementación del primer CAPS municipal de Manaus y del planeamiento y levantamiento de las necesidades de CAPS en el municipio de Manaus.

Lurdes Siqueira (Psicóloga) – Trabajó durante años como psicóloga en el CPER y fue la primera directora del CAPS Silvério Tundis de gestión estatal. En 2014, como coordinadora estatal de salud mental, fue la responsable de la implementación de los SRT y de la primera clínica de dependencia química del estado.

Setemberg Rabelo (Asesor técnico en salud mental en el municipio de Manaquiri) – Ex-usuario y militante en salud mental, desde 2010 ha estado actuando como asesor técnico para la implementación de CAPS en los municipios del interior de Amazonas. Ayudó en la realización de la primera Conferencia Municipal de Salud Mental de Manacapuru, y actuó como asesor para la implementación de dos CAPS en este municipio. También, hasta el año 2014, fue asesor en Salud Mental en el municipio de Manaquiri, ayudando en la implementación del CAPS en este municipio.

Consideraciones finales

La fecha de 1980-1981 es relevante para la historia de la desinstitucionalización de la locura en Amazonas porque representó el inicio del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. El primer registro es político-ideológico, en la lucha por la sustitución del modelo asilar y su tecnología, y el segundo es teórico-técnico, por la transformación radical del campo de la salud mental a través de la terapia ocupacional.

A finales de la década de 1980 y principios de la de 1990, mientras en Brasil la atención en salud mental comenzaba acciones para la desinstitucionalización, Amazonas mantuvo el modelo hospitalocéntrico y una desospitalización con la reducción de camas psiquiátricas. Este modelo resultó, muchas veces, en prácticas de desasistencia y abandono.

El estado de Amazonas, a partir de los años 1990, atravesó un proceso de estancamiento en la discusión de la Reforma Psiquiátrica. Los profesionales de la salud mental, organizaciones de la sociedad civil y usuarios dejaron de discutir el rumbo de la salud mental en el estado, trabajando de forma aislada. Esto trajo como consecuencia el debilitamiento del movimiento y la disminución de las discusiones sobre políticas públicas y acciones en salud mental.

El proceso de descentralización de la atención hacia las policlínicas de Manaus en las últimas décadas mostró un movimiento político público que reforzaba el modelo ambulatorio-hospitalario, que solo cambiaba de lugar, pero reproducía la asistencia que se ofrecía en el Ambulatorio Rosa Blaya y que no forma parte de la Red de Atención Psicosocial. Por lo tanto, cambia el lugar, pero permanece la misma lógica y el mismo modelo que se ofrecía dentro del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro.

La mayor crítica a la Reforma Psiquiátrica en Amazonas (y en otras regiones de Brasil) ha sido el mantenimiento de una lógica de cuidado predominantemente ambulatorio, es decir, enfocada en tratamientos en unidades de salud como hospitales y ambulatorios, en lugar de promover un modelo de atención basado en la inclusión social, la comunidad y la rehabilitación psicosocial.

Esta crítica se alinea con los principios de la Reforma Psiquiátrica, que aboga por la desinstitucionalización, es decir, la reducción del uso de hospitales psiquiátricos y la oferta de cuidados en servicios comunitarios y abiertos. El modelo ambulatorio, muchas veces, refuerza el cuidado centrado en el hospital y las consultas esporádicas, sin una integración efectiva con la vida cotidiana de las personas. Puede contribuir a un enfoque fragmentado, sin continuidad, y sin considerar las necesidades a largo plazo de las personas con trastornos mentales.

La verdadera transformación propuesta por la Reforma Psiquiátrica debería priorizar el cuidado en red, con servicios psicosociales que involucren a la comunidad, la familia y los propios pacientes en su proceso de recuperación. El objetivo es promover la autonomía, la reintegración social y el tratamiento en un ambiente de menos estigma, creando alternativas que vayan más allá del simple seguimiento ambulatorio.

En ese sentido, la crítica está centrada en el hecho de que, al mantener una estructura de cuidado más orientada hacia el modelo ambulatorio, la Reforma Psiquiátrica no está cumpliendo su potencial de transformar el cuidado en salud mental, manteniendo prácticas y espacios que no favorecen la inclusión y el fortalecimiento del cuidado psicosocial en contextos más cercanos al día a día de la población.

Los actores involucrados en el movimiento de la Reforma Psiquiátrica han cuestionado el cambio del modelo hospitalario en el cuidado de las personas en sufrimiento o con trastorno mental. En Amazonas, la política de salud mental, según la investigación, también enfrentaba el desinterés de los gestores y gobernantes. En la implementación de las redes de atención, la salud psicosocial parecía tener menor relevancia política y estratégica, reflejando una marca histórica de la salud mental. Esta visión puede reforzar la exclusión y el estigma social en relación con la locura, que persisten más allá de las instituciones totales. En el interior del estado, los servicios de CAPS trataban de ser resolutivos, a pesar de las dificultades de acceso a recursos y de las especificidades regionales.

En Manaus, hasta 2014, predominaba la práctica hospitalaria/ambulatoria como modelo de cuidado. La movilización de la Reforma Psiquiátrica comenzó en la década de 1980 y se retomó en los años 2000, pero los actores entrevistados creen que la reforma no se concretó completamente debido a la desarticulación entre sus participantes y a la falta de compromiso de la sociedad civil. La creación de la Comisión de Reforma Psiquiátrica tenía como objetivo subsidiar al Consejo Estatal de Salud (CES) en las decisiones para implementar acciones orientadas a la reforma en Amazonas, pero se observó un gran desgaste entre sus miembros y divergencias en las propuestas aprobadas. Las actas de las reuniones del CES evidencian la desarticulación y la falta de prioridad para la salud mental en Amazonas, incluso después de años de discusiones. En 2005, se registró la reasignación de fondos de salud mental a otras áreas, demostrando el desprecio histórico hacia el tema (ATA 137^a, 2005).

Esa realidad recién comienza a cambiar en el Amazonas a partir de la visita del coordinador nacional de salud mental, en 2005, realizada con el objetivo de evaluar la política de salud mental del estado. En esa ocasión, el coordinador aprovechó la oportunidad para aclarar y sensibilizar al secretario de salud

estatal sobre la importancia de la implementación de los servicios sustitutivos, destacando el papel que debían desempeñar los CAPS en esta nueva red de atención en salud mental. El hecho de haber tenido éxito en esa visita abrió espacio para la reanudación de las discusiones, y al año siguiente se implantó el primer CAPS de Manaus.

Hasta 2014, se verifica una movilización para la implementación de otros CAPS en Manaus y para el registro de camas psiquiátricas en hospitales generales, pero este proceso seguía siendo muy lento y por debajo de las necesidades de las personas con sufrimiento psíquico. Hasta 2021, las decisiones políticas de implementación de otros CAPS y otros componentes importantes de la RAPS marcan la continuidad de esta nueva Política de Salud Mental. A partir de 2021, con la inspección del CNJ en el Hospital de Custodia, y luego de un tiempo, se reabren las discusiones sobre su cierre, que finalmente ocurrió en 2022, el mismo año en que también se cerró el CPER (marcando el fin del modelo hospitalocéntrico en Amazonas).

Entre las limitaciones del estudio, se destacan: la dificultad de acceso y disponibilidad de datos actualizados sobre la red de salud mental en el estado de Amazonas. La falta de registros históricos adecuados y documentación incompleta sobre el proceso de desinstitucionalización y las políticas públicas implementadas en la región también dificultan un análisis detallado. Además, los datos existentes están frecuentemente dispersos entre diferentes organismos e instituciones, lo que hace difícil una aproximación integral. Otro obstáculo es la escasez de estudios previos sobre salud mental y políticas de desinstitucionalización en Amazonas, lo que limita la construcción de una base teórica robusta local. En términos geográficos, la vasta extensión territorial del estado, con muchos municipios de difícil acceso, restringe la recolección de datos y el seguimiento de la implementación de los servicios en áreas remotas. La disparidad en el desarrollo de los servicios entre las regiones urbanas y rurales también impide un análisis comparativo más eficaz. Además, factores culturales y sociales, como los estigmas en torno a la locura y la resistencia social, pueden afectar la aceptación de la desinstitucionalización y la adopción de servicios sustitutos, especialmente considerando la diversidad cultural e indígena de Amazonas.

Finalmente, aspectos políticos e institucionales, como la discontinuidad de las políticas públicas debido a cambios de gobierno, y la falta de recursos financieros e institucionales, también limitan la creación y sostenibilidad de los servicios sustitutos.

Cabe destacar que los cambios políticos a nivel federal pueden tener un impacto significativo en cómo la salud mental es abordada y gestionada en otros niveles de gobierno, como los estatales y municipales. En Brasil, las políticas públicas relacionadas con la salud mental, como la Red de Atención Psicosocial (RAPS), el Sistema Único de Salud (SUS) y la Reforma Psiquiátrica, están estrechamente conectadas con las decisiones políticas federales. Esto puede afectar tanto el financiamiento como la definición de directrices y prioridades para la atención de salud mental. Por ejemplo, cambios en el gobierno federal pueden resultar en alteraciones en los fondos destinados a la salud, en ajustes en las normativas que rigen la prestación de servicios de salud mental o incluso en nuevos enfoques sobre la asistencia a los usuarios. En algunos casos, pueden haber intentos de dismantelar políticas públicas ya establecidas o cambios en el modelo de atención, lo que impacta directamente las redes de cuidado en los estados y municipios.

Además, la salud mental es un tema interdisciplinario y muchas veces depende de políticas públicas integradas que incluyen áreas como la educación, seguridad, trabajo y asistencia social. Los cambios en una de estas áreas a nivel federal pueden repercutir en cómo se estructura e implementa el sistema de salud mental en otros niveles de gobierno. Estos cambios también pueden afectar la formación y capacitación de los profesionales que trabajan en el área, la cualificación de los equipos de atención y la disponibilidad de recursos y servicios adecuados para la población. Por lo tanto, para garantizar un enfoque eficaz en la salud mental, es fundamental considerar el contexto político y los cambios que ocurren en todos los niveles de gobierno.

Para [Dassoler & Palombini](#) (2020), la Reforma Psiquiátrica en Brasil, iniciada con la desinstitucionalización y el cierre de manicomios, enfrentó desafíos a partir de 2020 debido a cambios

en el escenario político y la presión por un retorno al modelo hospitalocéntrico. Sin embargo, los avances en la expansión de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y en la promoción de una atención más humanizada y comunitaria siguen siendo esenciales. La pandemia de Covid-19 destacó aún más la importancia de la salud mental, llevando al fortalecimiento de los cuidados en niveles de atención primaria, como la Atención Básica y las Unidades Básicas de Salud (UBS), con apoyo de los equipos de Salud de la Familia (ESF). Los especialistas defienden un enfoque territorial, con integración de cuidados en las comunidades, apoyo psicosocial, prevención de brotes y ampliación de camas no hospitalarias, con el objetivo de reducir la institucionalización.

Sobre los cambios políticos que impactaron la Política de Salud Mental en Brasil y causaron retrocesos a la Reforma Psiquiátrica Brasileña en el período de 2016 a 2019, [Sampaio & Bispo Jr](#) (2021) señalan: Entre 2016 y 2019, Brasil experimentó retrocesos significativos en la Reforma Psiquiátrica, con modificaciones en las políticas de salud mental y drogas que contradicen los principios de la Reforma. A partir de 2016, con el impeachment de Dilma Rousseff y el ascenso de grupos conservadores, hubo cambios en el gobierno federal que redujeron derechos y debilitaron el papel del Estado en las políticas públicas. En 2017 y 2018, alteraciones legales reconfiguraron la Red de Atención Psicosocial (RAPS), incluyendo hospitales psiquiátricos en la red y favoreciendo la creación de comunidades terapéuticas, lo que comprometió los avances de la desinstitucionalización. En 2019, la nueva Política Nacional sobre Drogas adoptó un enfoque prohibicionista y priorizó la abstinencia en lugar de la reducción de daños, reforzando la internación y el control, contradiciendo la propuesta de autonomía defendida por la Reforma Psiquiátrica. También se lanzaron medidas que permitieron el uso de electroconvulsoterapia (ECT) en el SUS y la internación de niños en unidades psiquiátricas, lo que generó una fuerte resistencia social. Las reformas, como la desconsideración de las contribuciones de la sociedad civil y la retirada de representaciones de consejos técnicos, indicaron el debilitamiento del control social y el retroceso en las conquistas de la reforma, afectando la calidad del cuidado psicosocial en el país.

Para [Camelo](#) (2020), la actual Política de Salud Mental en Brasil muestra indicios de retroceso en relación con la continuidad de la Reforma Psiquiátrica, que, a lo largo del tiempo, ha traído avances significativos en la humanización, inclusión y valorización de la autonomía de los usuarios, desafiando el modelo manicomial y la cronificación de los pacientes. Sin embargo, con el cambio en las gestiones políticas hacia un enfoque conservador neoliberal, la reforma sufrió rupturas, con inversiones centradas en el mercado financiero en detrimento de las políticas públicas sociales. Un ejemplo de este retroceso fue la publicación de la [Nota Técnica nº 11/2019](#), durante el gobierno de Bolsonaro, que autorizó prácticas como el regreso de la electroconvulsoterapia (ECT), la internación de niños en hospitales psiquiátricos y la imposición de abstinencia forzada en el tratamiento de la dependencia química, perjudicando los avances logrados en salud mental y debilitando la lucha por la inclusión y los derechos de los portadores de trastornos mentales. La reflexión sobre estos cambios es esencial para evitar que la salud mental regrese a prácticas deshumanizantes y para promover una evolución continua y humanizada en el tratamiento psiquiátrico.

La Reforma Psiquiátrica Brasileña, si bien ha logrado avances significativos, como la reducción de camas en hospitales psiquiátricos y la expansión de servicios comunitarios sustitutivos, todavía enfrenta desafíos importantes. Entre los logros alcanzados se encuentran la centralidad del cuidado en el territorio, la promoción de la autonomía y la ciudadanía de las personas que atraviesan situaciones de sufrimiento psíquico, así como el fortalecimiento de la participación social y la inclusión de estos sujetos en diversos espacios de la sociedad. Sin embargo, persisten problemáticas como la estigmatización, la sobremedicalización, la burocratización de los servicios y una articulación insuficiente entre los diferentes sectores. La psiquiatría tradicional aún predomina en muchas prácticas, por lo que la crítica a la patologización de la vida y al control social continúa siendo necesaria. A pesar de los avances, la Red de Atención Psicosocial (RAPS) todavía no

logra cubrir plenamente las complejas necesidades de cuidado en salud mental. La implementación integral de un modelo sustitutivo del manicomio que contemple estrategias de empoderamiento y ciudadanía sigue representando un desafío central para la consolidación de la Reforma ([Sampaio & Bispo Jr](#), 2021).

Agradecimientos

Gerencia Estatal de Salud Mental, Departamento de Infecciones de Transmisión Sexual, Fundación Hospitalaria Alfredo da Matta, Manaus 69065130, Brasil; Laboratorio de Historia, Políticas Públicas y Salud en la Amazonía (Lahpsa), Instituto Leônidas & Maria Deane – FIOCRUZ Amazonía, Manaus 69057-070, Brasil; Programa Multiinstitucional de Posgrado en Salud, Sociedad y Endemias en la Amazonía.

Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de la concepción o diseño de la investigación; la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; y la redacción o revisión crítica del contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final que será publicada y acordaron asumir la responsabilidad pública por todos los aspectos del estudio.

Conflictos de intereses

No se declaró ningún conflicto financiero, legal o político relacionado con terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo sometido (incluyendo, pero no limitándose a, subvenciones y financiamientos, participación en comités asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- 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* [Las políticas de salud mental y su inserción en el SUS: la discusión de convergencias y divergencias y el rescate de algunos conceptos y valores pertinentes para la reforma psiquiátrica]. [Tesis de maestría, 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: Continuidade ou ruptura? [La reforma psiquiátrica en Brasil y la situación actual de la Política Nacional de Salud Mental: ¿Continuidad o ruptura?] [trabajo de finalización de curso, Universidade Estadual da Paraíba]. <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/25455>
- 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 [Atención a la crisis de la contemporaneidad: desafíos a la reforma psiquiátrica brasileña], *Saúde Debate*, Río de Janeiro, 44 (n. 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 [La reorientación de la atención a la salud mental: sobre la calidad y humanización de la atención]. *Psicología: Ciencia y Profesión*, 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 [Trayectoria del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica en el estado de Río de Janeiro; Un análisis a partir de las estrategias políticas para el hospital psiquiátrico]. [Tesis de maestría presentada ante la ENSP/FIOCRUZ]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23508>
- Goulart, M. S. B., & Durães, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização [Reforma y hospitales psiquiátricos: historias de desinstitucionalización]. *Psicología y Sociedad*, 22(1), 112-120. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822010000100014>
- Halbwachs, M. (2006). A memória coletiva [La memoria colectiva]. Centauro Editora. 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 [Reforma psiquiátrica al estilo brasileño: análisis desde la perspectiva de la desinstitucionalización]. [Tesis doctoral presentada en la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, Porto Alegre]. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392>
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re)visão [Reforma psiquiátrica en Brasil: una (re)visión]. *Ciência y 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 [Síntesis de indicadores sociales: Un análisis de las condiciones de vida de la población brasileña]. https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/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 [Prevé la promoción, prevención, atención y rehabilitación de los ciudadanos que sufren daños y sufrimiento psicológicos, y establece otras medidas]. 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 [Proporciona condiciones para la promoción, protección y derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención en salud mental]. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.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. [La inserción de la salud mental en la atención básica: un estudio cualitativo de las prácticas de los profesionales en la ciudad de Manaus/AM]. [Tesis doctoral presentada en la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Río de Janeiro]. <http://www.bdtu.uerj.br/handle/1/17284>
- Lopes, L. O. (2011). Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica [Análisis de la práctica de la atención psicosocial en salud mental en el contexto de la Reforma Psiquiátrica]. 105f. [Disertación de Maestría en Psicología, Programa de Posgrado de la Facultad de Psicología, Universidad Federal de Amazonas, Manaus]. <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 [Carta de Brasília: Principios orientadores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas]. http://www.crsp.org.br/povos/povos/legislacao/Carta%20de%20Bras%EDia%20de%202005%20MS_OPAS_OMS.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). Portaria nº 2.629, de 28 de outubro de 2009. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em hospitais gerais e incentiva internações de curta duração [Ajusta los valores de los procedimientos para la atención en salud mental en hospitales generales y fomenta hospitalizaciones de corta duración]. https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-2629-2009_219869.htm
- 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 [Salud mental]. https://bvsms.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). [Informe e-Gestor - Informe del Ministerio de Salud sobre el cálculo del techo del equipo del FSE en 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 [Cartera de servicios de la atención primaria de salud (CaSAPS): versión resumida para profesionales y gestores]. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-40720>
- Ministério da Saúde. (2022). Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Datos de la Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) del 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 [Plan Nacional de Salud 2024–2027]. https://bvsms.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. [Desinstitucionalización en debate: una etnografía en eventos de salud mental]. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 44 (n. Especial 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 [Aclaraciones sobre cambios a la Política Nacional de Salud Mental y a los Lineamientos de la Política Nacional de 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 [Declaración de Caracas: Documento que marca las reformas en la atención a la salud mental en las Américas]. 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 [Evaluación de la reforma psiquiátrica brasileña: instituciones, actores y políticas]. *Ciência y 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. [Cambia la fórmula para calcular el límite máximo para los Equipos de Salud Familiar]. <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 [Reajusta los valores de los procedimientos de atención a la salud mental en los hospitales generales y fomenta las hospitalizaciones de corta duración.]. 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) [Establece la Red de Atención Psicossocial para personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades derivadas del uso de crack, alcohol y otras drogas, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)]. 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 [Informe sobre el desarrollo humano 2010: La verdadera riqueza de las naciones – caminos hacia el desarrollo humano]. 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 [Aprueba la Política Estatal de Salud 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 [Aprueba los lineamientos y normas reglamentarias para las investigaciones con seres humanos y deroga las Resoluciones CNS N° 196/96, N° 303/2000 y N° 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*. [La institución inventada]. Publicado en la Revista "Per la salute mentale/ for mental health" 1/88- Centro Studi e Ricerche per la salute mentale della regione Friuli Venezia Giulia. S/D. <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. [Entre el enclaustramiento y la desinstitucionalización: la trayectoria de la salud mental en 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 [Ciudadanía y locura: políticas de salud mental en 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* [Rupturas y encuentros con los desafíos de la reforma psiquiátrica brasileña]. Editora FIOCRUZ.