

Artículo original



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

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

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

Raquel Maria Navarro¹ Zeca Manuel Salimo² Júlio César Schweickardt³ ¹Autora correspondiente. Fundação Hospitalar Alfredo da Matta (Manaus). Amazonas, Brasil. raquel.psicologamaneaus@gmail.com²Universidade Lúrio (Nampula), Mozambique. zecasalimoo@gmail.com³Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde (Manaus). Amazonas, Brasil. Instituto Leônidas & Maria Deane – FIOCRUZ (Manaus). Amazonas, Brasil. julio.ildmd@gmail.com

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

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

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

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

Presentado 19 sept. 2024, Aceptado 7 feb. 2025,

Publicado 24 marzo 2025

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2025;14:e5914

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2025.e5914> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Navarro, R. M., Salimo, Z. M., & Schweickardt, J. C. (2025). La historia de la política de salud mental en Amazonas: de la institucionalización a la reforma psiquiátrica. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 14, e5914. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2025.e5914>



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

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

Introducción

A pesar de las críticas de sus opositores, la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) ha servido de modelo para cambiar el paradigma en la asistencia y en la búsqueda de garantizar los derechos de las personas en sufrimiento o con algún trastorno mental en otros países. La Reforma Psiquiátrica Brasileña sirvió de modelo para un programa global desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2009. La invitación hecha a Brasil para unirse a un grupo internacional junto con Egipto, Italia y Holanda para desarrollar la estrategia global para el tratamiento de pacientes con trastornos mentales y abuso de drogas, con la propuesta de ampliar el acceso a terapias, garantizando los derechos humanos y priorizando el tratamiento ambulatorio, es un ejemplo de ello.

El modelo brasileño que comenzó a ser diseñado en la década de 1980, inspirado en una experiencia italiana, sólo ganó impulso con la entrada en vigor, en 2001, de la ley de la Reforma Psiquiátrica nº [10.216](#) (2001), que determinaba la sustitución progresiva de los lechos psiquiátricos por una red integrada, formada por centros de atención, redes de apoyo y hospitales con atención integral. A partir de esa fecha surgieron varias críticas, entre ellas la lentitud de la instalación de la red extrahospitalar, la ampliación de la red de asistencia y del cadastramiento de lechos psiquiátricos en hospitales generales, provocando la desasistencia de los servicios.

Según [Figueiredo](#) (2019), los logros de la Reforma Psiquiátrica en Brasil (RPB) en la última década son innegables, reflejando un camino irreversible para el futuro de la salud mental, en el que crece la importancia del trabajo compartido, especialmente con la Atención Primaria en Salud (APS), integrando diferentes sectores y promoviendo colaboraciones interdisciplinarias. Y el foco está en la red ampliada, donde el trabajo en redes incluye diferentes instituciones y sectores, como la educación, la cultura, el trabajo y el ocio, trascendiendo los límites tradicionales de la salud. Buscando superar la mentalidad de asilo, en la que un nuevo vocabulario y concepción del cuidado sustentan dispositivos abiertos, territoriales, centrados en la acogida, el seguimiento y la inclusión social. Estas direcciones apuntan a un modelo más integrado y humanizado de atención en salud mental.

La RPB refleja no sólo avances, sino también las constantes tensiones en torno a los criterios normativos que definen la evolución de la sociedad brasileña. Aunque la RPB haya alcanzado logros importantes, enfrenta desafíos persistentes como: la importancia de formar psiquiatras en base a lo que propugna la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Cuestiones como la burocratización, la desigualdad regional y la falta de financiación, agravadas por fuerzas opuestas que articulan una contrarreforma. Esta dinámica, fortalecida por los cambios políticos en Brasil desde 2010, culminó en retrocesos notables, como la sustitución de líderes reformistas por defensores del modelo de asilo, la defensa de prácticas como la terapia electroconvulsiva, el fortalecimiento de comunidades terapéuticas y la reorientación de recursos financieros hacia hospitales psiquiátricos en detrimento de los servicios comunitarios. Estos reveses están impulsados por alianzas estratégicas que priorizan intereses conservadores, mientras que la investigación crítica es silenciada para apoyar políticas moralistas y autoritarias ([Mezza & Torrenté, 2020](#)).

Al analizar las trayectorias normativas de la política nacional de salud mental en Brasil, se destacan tres perspectivas principales: 1) Conflictos laborales y enfrentamiento al autoritarismo – Las reformas en la política de salud mental reflejan luchas históricas para garantizar derechos y oponerse a políticas autoritarias. Sin embargo, se observa un progresivo desmantelamiento de la protección social en salud mental, especialmente bajo los gobiernos conservadores, que priorizan la hospitalización en instituciones de asilo, favoreciendo un proceso de retorno al asilo. 2) Cambios conservadores y gestión federal – El conservadurismo en la política de salud mental no se limita a los gobiernos de derecha posteriores a 2016, sino que también aparece en administraciones progresistas. Esto se refleja en programas prohibicionistas que refuerzan las desigualdades raciales y sociales. Desde 2011, se ha producido un fortalecimiento de los dispositivos de asilo en detrimento de las iniciativas psicosociales promovidas por la Reforma Psiquiátrica y la Lucha contra el asilo. 3) Necesidad de resistencia y evaluación crítica – La salud mental debe preservarse como un campo de movimiento y lucha, enfrentando los retrocesos y defendiendo una ética del cuidado centrada en la valorización de la vida. Ante este escenario, se hace imprescindible realizar investigaciones que evalúen los impactos de las políticas recientes, centrándose en la experiencia cotidiana de los profesionales y usuarios de los servicios de salud mental (Lima et al., 2023).

La actual Política de Salud Mental en Brasil muestra signos de regresión con relación a los avances de la Reforma Psiquiátrica, que promovió la humanización, ciudadanía y autonomía de los usuarios. La Reforma transformó los modelos de atención, combatiendo las prácticas de asilo y la cronicidad en las instituciones, además de ampliar los derechos y la inclusión social. Sin embargo, las administraciones recientes, con enfoques neoliberales y conservadores, priorizan los intereses de los mercados financieros sobre las políticas públicas, debilitando la Reforma. Un ejemplo es la Nota Técnica nº 11/2019, del gobierno del Presidente Bolsonaro, que reintrodujo

prácticas consideradas retrógradas, como la terapia electroconvulsiva, la hospitalización de niños, cambios en las Redes de Atención Psicosocial (RAPS) y la abstinencia forzada en el tratamiento de la dependencia química. Estas acciones rompen con los principios humanitarios de la Reforma, reforzando prácticas inhumanas (Camelo, 2020).

Aunque Amazonas presentó, en la década de 1980, una propuesta inicial de lo que luego sería conocido como Reforma Psiquiátrica, esa iniciativa se perdió en la década de 1990 y solo se retomó en la década de 2000. Sin embargo, según los entrevistados, la reforma no se implementó en su totalidad debido a la falta de coordinación entre los involucrados y la falta de compromiso de la sociedad civil. La creación de la Comisión de Reforma Psiquiátrica tuvo como objetivo apoyar al Consejo Estatal de Salud (CES) en las decisiones para implementar acciones encaminadas a la reforma en Amazonas, sin embargo, hubo gran desgaste entre sus integrantes y divergencias en las propuestas aprobadas. Las actas de las reuniones del CES resaltan la desarticulación y falta de prioridad de la salud mental en Amazonas, incluso después de años de discusiones. En 2005, los fondos para salud mental fueron transferidos a otras áreas, demostrando el olvido histórico del tema (ATA 137ª, 2005). Si bien, fue pionero en la formulación de una Política Estatal de Salud Mental, no logró implementarla. El Consejo Estatal de Salud aprobó la Política de Estado mediante Resolución CES N° 037 del 04/11/2003, la cual fue posteriormente aprobada por la Ley Estatal de Salud Mental N° 3.177 de octubre de 2007, que tiene como lineamientos la Ley de Reforma Psiquiátrica del 6 de abril de 2001. Así, podemos deducir que la falta de efectividad de la política de salud mental se debió en gran medida a la desarticulación entre los diversos actores e instituciones de asistencia y atención. Por otro lado, la falta de priorización de las gestiones estatal y municipal en la desinstitutionalización psiquiátrica ha producido una reducida capacidad para implementar servicios sustitutos y estructurar la Red de Atención Psicosocial, dificultando la implementación de la Reforma Psiquiátrica en el estado.

La mayor crítica a la reforma psiquiátrica en Amazonas, y en otras regiones de Brasil, radica en la persistencia de una lógica de atención predominantemente ambulatoria, centrada en hospitales y consultas esporádicas, en detrimento de un modelo que prioriza la inclusión social, la rehabilitación psicosocial y la atención en red. Este enfoque va en contra de los principios de la Reforma Psiquiátrica, que busca la desinstitucionalización y la prestación de servicios comunitarios integrados en la vida cotidiana de las personas. En Amazonas, esta fragilidad se ve agravada por la falta de interés político y estratégico de los gestores, mientras que los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) enfrentan desafíos relacionados con la falta de recursos y especificidades regionales, lo que dificulta superar el estigma social y construir prácticas inclusivas que promuevan la autonomía y la reintegración. En Manaus, capital de Amazonas, hasta 2014, la práctica hospitalaria/ambulatoria predominó como modelo de atención.

Las políticas nacionales tienen un profundo impacto en la gestión de la salud mental a nivel regional y local, influyendo en la financiación, las directrices y las prioridades de atención. En Brasil, a partir de 2016, los cambios políticos, como el impeachment de Dilma Rousseff y el surgimiento de grupos conservadores, trajeron reveses a la Reforma Psiquiátrica, debilitando la desinstitucionalización y favoreciendo modelos y comunidades terapéuticas centrados en hospitales. Políticas como el nuevo abordaje de las drogas en 2019, que priorizó la abstinencia y la hospitalización, y la inclusión de la terapia electroconvulsiva (TEC) en el Sistema Único de Salud (SUS) generaron críticas por contradecir los principios de autonomía y humanización de la reforma (Sampaio & Bispo Jr, 2021).

Para Dassoler y Palombini (2020), la pandemia de COVID-19 resaltó la necesidad de fortalecer la atención comunitaria y los servicios de atención primaria, pero el desprecio de la sociedad civil y la reducción del control social indicaron un debilitamiento de las políticas de atención psicosocial y un riesgo para la continuidad de los avances alcanzados. La Reforma Psiquiátrica Brasileña trajo importantes avances en la humanización e inclusión de personas con trastornos mentales, promoviendo la autonomía y la ciudadanía a través de servicios comunitarios.

Sin embargo, la actual Política de Salud Mental en Brasil enfrenta retrocesos, especialmente después de cambios políticos que favorecieron un modelo conservador y neoliberal. Durante el gobierno de Bolsonaro, medidas como la nota técnica n° 11/2019 autorizaron prácticas consideradas inhumanas, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y la hospitalización de niños en hospitales psiquiátricos, además de priorizar la abstinencia forzada en el tratamiento de la dependencia química. Estos retrocesos debilitan los avances logrados y refuerzan desafíos históricos, como la estigmatización, la hipermedicalización y la insuficiente cobertura de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Para evitar un retorno a las prácticas de asilo, es fundamental consolidar un modelo inclusivo y territorial, que fortalezca los derechos de la ciudadanía y de los usuarios.

La investigación, realizada en el ámbito de estudios de posgrado stricto sensu, examina el contexto de la Política de Salud Mental en Brasil, con énfasis en el estado de Amazonas. El estudio investiga cómo la trayectoria de esta política está intrínsecamente conectada a los sistemas económicos, políticos y sociales del país.

La relevancia y justificación de la investigación se deben a varias razones: investigar la trayectoria de la salud mental en Amazonas permite comprender cómo las políticas públicas nacionales y regionales se adaptaron a las realidades locales. Esto ayuda a identificar tanto avances como desafíos persistentes en el proceso de desinstitucionalización e implementación de servicios comunitarios de salud mental. Amazonas tiene particularidades geográficas, culturales y sociales que influyen en la implementación de políticas públicas, especialmente en salud mental. La diversidad de poblaciones, como los pueblos indígenas y los ribereños, requiere una mirada específica a las estrategias de servicio, incluida la movilización de recursos y servicios que atiendan adecuadamente a estas poblaciones. Si bien, la Reforma Psiquiátrica supuso un avance significativo en materia de derechos humanos, su implementación efectiva en Amazonas se produjo de manera desigual, y es importante entender cómo la política se adaptó a una realidad marcada por grandes distancias y dificultades en el acceso a los servicios. La desinstitucionalización y el cambio de paradigma en

la atención de la salud mental impactan directamente en la vida de las personas con trastornos mentales, que ahora tienen más libertad y autonomía. Este cambio también es crucial para reducir el estigma y la exclusión social.

Por lo tanto, la investigación sobre este tema se justifica tanto por la necesidad de comprender cómo se implementaron las políticas públicas en Amazonas como por la relevancia de contribuir para la mejora de los servicios de salud mental en la región, considerando las especificidades locales y los avances de la Reforma Psiquiátrica. Este tipo de estudio puede servir de base para futuras intervenciones, propuestas de políticas públicas más efectivas y, sobre todo, para la promoción de una salud mental más inclusiva y accesible para todos los ciudadanos, independientemente de su ubicación geográfica.

El objetivo principal es analizar, desde una perspectiva histórica, social y política, el surgimiento del Movimiento de Reforma Psiquiátrica en el estado, buscando comprender cómo los procesos locales se vincularon con los cambios en el escenario nacional. Para ello, la investigación utiliza fuentes documentales, informes orales y la memoria colectiva como herramientas esenciales para la construcción e interpretación de datos.

Material y métodos

Locus de la pesquisa

La investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo, utilizando fuentes orales y documentales. Esta metodología resultó fundamental para explorar la historia del movimiento de reforma psiquiátrica en Amazonas, porque se registra principalmente en la memoria de personajes que vivieron ese período. El relato de estos personajes fue relevante para comprender el contexto social, en cierto modo también político, de la historia de la Política de Salud Mental y de la institucionalización de la reforma psiquiátrica en Amazonas. La organización del conocimiento a través de entrevistas permitió crear un espacio propicio para la reflexión de los sujetos sobre sus acciones, tanto personales como organizacionales, en el movimiento por la Reforma Psiquiátrica.

Participantes

El proceso de identificación de los entrevistados siguió un modelo de cadena: los participantes inicialmente seleccionados indicaron otros actores relevantes al tema, ampliando el alcance de las entrevistas. Todas las entrevistas se realizaron con la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP), obtenida el 31 de julio de 2014. Las entrevistas se realizaron del 01/08/2014 al 10/03/2015.

Se accedió a las fuentes documentales mediante el análisis de documentos producidos en el período determinado: a) Leyes, Ordenanzas y Decretos publicados en el Boletín Oficial del Estado relacionados con el Programa Estatal de Salud Mental; b) Informes, actas de reuniones, propuestas de intervención, cartas elaboradas por instituciones de referencia para la Reforma Psiquiátrica en el estado, - de Secretaria Estadual de Salud (SES), Informe de Gestión del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - (CPER, de la Secretaría Municipal de Salud de los municipios de Manaus, Parintins y Manacapuru), Consejo Estatal de Salud (CES), Diario Oficial del Estado de Amazonas, Organizaciones No-Gubernamentales (ONG) de defensa de los derechos civiles y políticos de las personas con trastornos mentales; c) Archivo de periódicos impresos con noticias sobre momentos relevantes como: la reducción del número de camas, cierre del hospital psiquiátrico, implementación de servicios sustitutos, quejas sobre la forma de tratar a los pacientes en el hospital psiquiátrico, movimiento de trabajadores en salud mental, movimiento de usuarios (Biblioteca Pública del Amazonas).

Las fuentes orales fueron obtenidas a través de entrevistas individuales semiestructuradas realizadas con: Entrevistas temáticas: a) Profesionales de la salud que participaron de la atención psiquiátrica durante el período de la Reforma Psiquiátrica en el estado (1 CPER, 1 Policlínico, 1 CAPS Manaus, 1 CAPS Estado); b) Coordinadores del Programa Estatal de Salud Mental que asumieron el cargo entre 2001 y 2013; c) Gestores Municipales de Salud Mental (Capital, Parintins - CAPS tipo I, Manacapuru - 1 CAPS AD); d) Representante de una ONG en defensa de los derechos civiles y políticos de las personas con trastornos mentales. Entrevistas de historia de vida oral: con un usuario de la red de atención de

salud mental que estuvo internado por un período determinado en el CPER y actualmente es usuario de la red de servicios sustitativos.

Las entrevistas se realizaron con base en un guion previamente organizado, considerando el involucramiento de los informantes con el objeto de investigación y el tipo de entrevista oral. Luego de leer y aprobar el formulario de consentimiento informado, las entrevistas fueron grabadas con una grabadora digital. Las declaraciones fueron transcritas íntegra destacando la información relevante a los temas del guión.

Se utilizaron cinco tipos de guiones para diferentes grupos de participantes y los entrevistados ayudaron a identificar a otros actores a entrevistar. Los criterios de inclusión consideraron la ocupación de cargos o funciones específicas, como coordinadores de salud mental, usuarios de la Red de Atención Psicosocial, profesionales del CPER, Policlínico y CAPS (tipos II y III) y gestores municipales de salud mental. Se excluyeron las personas consideradas que no cumplían con los criterios, las que no tenían autorización familiar o las que se negaron a participar en la investigación.

Análisis de datos

El análisis de las entrevistas se realizó a través del análisis del discurso, considerando el contexto de los hechos relatados. Se estableció una correlación entre los cambios en la política nacional y sus impactos en la Política de Salud Mental de Amazonas. Se utilizaron fuentes documentales, como cartas, informes y actas de reuniones, para complementar y organizar cronológicamente la información de las entrevistas. La investigación, de carácter cualitativo, buscó significados en los discursos de los participantes, respetando su espontaneidad, según [Minayo](#) (2008), y utilizó la categoría de memoria colectiva

de [Halbwachs](#) (2006), que destaca el papel de los grupos en la construcción de la memoria individual. El objetivo es comprender la Reforma Psiquiátrica en Amazonas a partir de las memorias de quienes participaron en el proceso.

Cuestiones éticas

Finalmente, este proyecto tomó como base de orientación ética la Resolución N° [466/2012](#), la cual consiste en lineamientos y normas que regulan las investigaciones con seres humanos. El proyecto fue presentado en junio de 2013 en la Plataforma Brasil y enviado al CEP de la Fundação Universidade do Amazonas - FUA (UFAM). El proyecto recibió aprobación con dictamen número 734.383 que consta en el Certificado de Presentación y Apreciación Ética (CAAE) número: 31084214.7.0000.5020, el 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 ellos durante la evaluación del Formulario de Consentimiento Libre e Informado leído colectivamente antes del inicio de la investigación.

Resultados y discusión

Rutas de salud mental en Brasil y Amazonas

Se analizó la trayectoria de las políticas y acciones de salud mental en el país y en Amazonas teniendo en cuenta los siguientes contextos: económico, social y político; organización de sistemas de salud; y aspectos normativos y legales. Con base en estos criterios fueron sistematizados siete períodos que se presentan a continuación. En la Tabla 1 se muestran los principales aspectos de cada período.

Tabla 1. Características de los periodos de atención a la salud mental en Brasil y Amazonas, 1841-2019 (continúa)

Periodo histórico	Contextos económicos, sociales y políticos	Organización del sistema sanitario	Características de la atención de salud mental	Aspectos destacados del Sistema de Salud Mental en Amazonas
Institucionalización de la salud mental (1841-1964)	Período Imperial Proclamación de la República (1889) Urbanización e industrialización Estado Novo, Período Vargas (1930-1945) Inestabilidad democrática (1945-1964)	Modelo higienista de atención en salud Fragmentación institucional entre medicina de seguridad social y salud pública	Atención central en el hospital y encarcelamiento Auge de la psiquiatría científica (después de 1889) Defensa de la desinternación progresiva (1961)	En 1870, los llamados "locos", "indigentes" e "incapacitados" comenzaron a ocupar las instalaciones de la Santa Casa de Misericórdia. En 1889 se creó el Hospício Barão de Manaós, que cerró años después. En 1894 comenzó a funcionar la atención a pacientes en una de las alas de la Santa Casa y en la prisión pública del estado, para casos de diagnóstico de enfermedades mentales. Hasta 1896, el hospital fue administrado por la Santa Casa de Misericórdia, que en 1898 pasó a llamarse Asilo dos Alienados Eduardo Ribeiro. En 1913, el destacamento del Asilo Santa Casa. En 1940 pasó a llamarse 'Hospital Colônia Eduardo Ribeiro', con ampliación en 1961.
Autoritarismo y privatización de la salud mental (1964-1978)	Régimen autoritario Desarrollo económico concentrador del ingreso Centralización administrativa Reducción del gasto en políticas sociales y sumisión a los intereses del capital privado	Modelo de atención centrado en la atención hospitalaria y el sector privado Intensificación de la dicotomía entre medicina de seguridad social y salud pública Empeoramiento de las condiciones de salud y falta de asistencia	Atención centrada en el hospital y la prisión Privatización e industria de la locura Hospitales psiquiátricos superpoblados, con servicios iatrogénicos y de mala calidad	En las décadas de 1970 y 1980, el panorama de la atención de salud mental en Amazonas pasó por varias iniciativas de cambio, con movimientos hacia la deshospitalización y la reducción de camas psiquiátricas, pero sin la implementación de servicios de reemplazo adecuados, lo que generó serias críticas.
Origen de la reforma psiquiátrica brasileña (1978-1984)	Agotamiento del modelo económico Movimiento social por la redemocratización	Movimiento Brasileño de Reforma Sanitaria Defensa de la salud como derecho Acciones y programas de ampliación de cobertura (acciones integradas de salud, Plan del Consejo Consultivo de la Administración de Salud de la Seguridad Social)	Creación de MTSM y 'Dinsam Crisis' I Simposio Brasileño de Psicoanálisis de Grupos e Instituciones; V Congreso Brasileño de Psiquiatría (1978) III Congreso de Psiquiatría de Minas Gerais (1979) Fuertes críticas al modelo de asilo, a la violencia institucionalizada y a la privatización de la asistencia Fortalecimiento del movimiento RPB	1980: a nivel nacional al implementar cambios en la atención de la salud mental en Amazonas pasó por varias iniciativas de cambio, con movimientos hacia la deshospitalización y la reducción de camas psiquiátricas, pero sin la implementación de servicios de reemplazo adecuados, lo que generó serias críticas. 1982: El CPER pasa a depender de la Secretaría de Salud del Estado de Amazonas mediante Decreto Gubernativo nº. 6.472, publicada en el Boletín Oficial del Estado el 22 de julio de 1982. Década de 1980: La descentralización de la salud mental, promovida por Silvério Tundis, fue otro hito importante, con la distribución de medicamentos y servicios a varios municipios del estado.
Redemocratización, creación del SUS y surgimiento de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (1984-1990)	Fin del régimen autoritario Crisis económica e hiperinflación Asamblea Nacional Constituyente (1988)	Salud incluida en la agenda política VIII Conferencia Nacional de Salud (1986) Creación del SUS (1988) Ley Orgánica de Salud (leyes nº 8.090/1990 y nº 8.142/1990)	I Congreso Nacional de Salud Mental (1987) II Congreso Nacional de Trabajadores de Salud Mental y creación del Movimiento Nacional Antiasilo (1987) Experiencias exitosas de desinstitutionalización y nuevos modelos de atención en salud mental (1987-1989)	1988: aprobada la ley estatal nº 1.874, que crea el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico de Manaos, resolviendo la cuestión de los pacientes criminales después de un retraso de 48 años

Tabla 1. Características de los períodos de atención a la salud mental en Brasil y Amazonas, 1841-2019 (conclusión)

Período histórico	Contextos económicos, sociales y políticos	Organización del sistema sanitario	Características de la atención de salud mental	Aspectos destacados del Sistema de Salud Mental en Amazonas
Implementación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (1990-2000)	Gobierno de Collor (liberalización de mercados) Ajuste macroeconómico y Plan Real Reforma del Estado	Implementación del SUS Descentralización de la gestión en salud Desarrollo de la atención primaria de salud, con la creación del PACS y el PSF	Creación de la Coordinación de Salud Mental (1991) II Congreso Nacional de Salud Mental (1992) Reformulación del marco regulatorio en salud mental Difusión de nuevas mentalidades y formas de cuidar la salud mental Creación de CAPS y mecanismos de reemplazo	En el año 2000 se celebró el I Congreso Estatal de Salud Mental.
Avances institucionales en la reforma psiquiátrica brasileña (2001-2016)	Gobierno del Partido de los Trabajadores (2003-2016) Valoración de las políticas sociales y de distribución del ingreso	Ascenso de trabajadores de la salud pública al mando de la Coordinación de Salud Mental del Ministerio de Salud liderada por defensores de la Reforma Psiquiátrica	Ley de Reforma Psiquiátrica y creación de RAPS Marco legal y normativo para la desinstitucionalización. Reducción significativa de camas en hospitales psiquiátricos. III Conferencia Nacional de Salud Mental (2001). IV Conferencia Nacional de Salud Mental (2010)	En 2003, se estableció una alianza con Fiocruz para ofrecer el primer Curso de Especialización en Salud Mental, formando profesionales para implementar la reforma psiquiátrica en el estado. En 2003 se aprobó la Política Estatal de Salud Mental - Ley Estatal nº 3.177. En 2005, se implementó el primer CAPS en Parintins. En 2006, se implementó el primer CAPS en Manaus Año 2006: El nuevo modelo de atención en psiquiatría, establecido por la Ley de Reforma Psiquiátrica, se implementó en el Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro en 2006, reemplazando la atención ambulatoria por "Clínicas de Recepción", "Clínicas de Patología" y "Clínicas de Dependencia Química". En 2007 fue sancionada esta ley Estatal nº 3.177 que determinó la creación de dispositivos sustitutos como CAPS y servicios terapéuticos residenciales, y según los actores de esta Reforma no se implementó. En 2014 se implementaron los SRT. 2009 a 2013: implementación de 19 CAPS en el Consultorio interior de Rua del municipio de Manacapuru.
Retrosos de la reforma psiquiátrica brasileña (2016-2019)	Impugnación a la presidenta Dilma Rousseff (2016) Ocupación del gobierno por sectores conservadores (2016-2018) Priorización e intensificación de los programas de austeridad fiscal y ajuste macroeconómico Elección de la extrema derecha y la agenda ultraliberal (2019)	Enmienda constitucional núm. 95 Restricción presupuestaria del SUS Valoración del sector privado para brindar atención de salud Restricción de la participación social	Aprobación del nuevo PNSM Inclusión de hospitales psiquiátricos y comunidades terapéuticas en RAPS Incremento de incentivos financieros para hospitalizaciones Propuesta de retomar la terapia electroconvulsiva en el sistema público Nueva Política Nacional sobre Drogas Fortalecimiento y financiamiento de comunidades terapéuticas y enfoque a la abstinencia Retiro de la sociedad civil de la composición del Consejo Nacional sobre Drogas	

Fuente: Extraído de [Sampaio](#) y Bispo (2021) y modificado por los autores.

Nota: Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, Sistema Único de Salud (SUS – Sistema Único de Saúde), Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde); Programa de Salud de la Familia (PSF– Programa de Saúde da Família), Red de Atención Psicosocial (RAPS – Rede de Atenção Psicossocial); Política Nacional de Salud Mental (PNSM – Política Nacional de Saúde Mental).

Historia de la política de salud mental de Brasil

De la institucionalización de la locura en Brasil (1841 a 1864) al autoritarismo y privatización de la salud mental (1964-1978)

Entre 1841 y 1964, la institucionalización de la locura en Brasil consolidó las intervenciones psiquiátricas y estatales en el sufrimiento mental, inicialmente bajo principios alienistas y la gestión psiquiátrica del Hospício de Alienados Pedro II, creado en el Brasil Imperio, con refuerzo de la psiquiatría científica y la medicalización en la República (Paim et al., 2011; Lima, 2018; Messas, 2008). Las medidas higienistas y eugenésicas de la década de 1920 ampliaron la acción estatal, mientras que el decreto núm. 24.559/1934 reguló las hospitalizaciones obligatorias, asociando la enfermedad mental a la peligrosidad (Yasui, 2010; Fernandes, 2018). Después de 1964, el autoritarismo de la dictadura impulsó la privatización de la salud mental, fortaleciendo el sistema de asilo y generando ganancias para las clínicas privadas, aunque muchas hospitalizaciones fueron innecesarias (Paim et al., 2011; Cerqueira, 1984). La precariedad de los hospitales públicos y el fraude en el modelo asilar provocaron críticas, fomentando debates sobre alternativas en la atención de la salud mental (Paulin & Turato, 2004; Escorel, 2012).

Del origen de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (1978-1984) a la redemocratización, creación del Sistema Único de Salud y ascenso de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (1984-1990)

En la década de 1970, los hospitales públicos enfrentaban el abandono y la precariedad, mientras que los hospitales privados buscaban ganancias a expensas de servicios degradantes (Paulin & Turato, 2004). Entre 1978 y 1984, el modelo de asilo privado, caracterizado por la precariedad de los hospitales públicos y la búsqueda de ganancias por parte de las clínicas privadas, fue blanco de críticas por fraudes y falta de asistencia derivados del autoritarismo de la dictadura (Paim et al., 2011; Cerqueira, 1984; Paulin & Turato, 2004). Con la redemocratización y creación del SUS, se consolidaron debates en torno a paradigmas alternativos, como la sustitución del modelo hospitalario por servicios abiertos y comunitarios (Ministério da Saúde, 2005; Pitta, 2011). La I Conferencia Nacional de Salud Mental (1987) e iniciativas como los primeros CAPS y redes de reemplazo fortalecieron la lucha antisilo, culminando

con el proyecto de ley de Paulo Delgado, que propuso la extinción de los asilos y abrió debates éticos y legales sobre la salud mental en Brasil (Amarante & Nunes, 2018; Delgado, 2019).

De la implementación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (1990-2000) a los avances institucionales de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (2001-2016)

En la década de 1990, la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) se consolidó como política pública, con la creación de dispositivos comunitarios como Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS) y CAPS, regulados por las ordenanzas n. 189/1991 y n. 224/1992, y la sustitución del modelo hospitalocéntrico, impulsado por la Declaración de Caracas y la Coordinación de Salud Mental (Pitta, 2011; Tenório, 2002). La II Conferencia Nacional de Salud Mental de 1992 consolidó directrices como la territorialización y la municipalización, mientras que la creación de los Servicios Terapéuticos Residenciales (SRT) en 2000 tuvo como objetivo reducir las camas psiquiátricas (Portaria de consolidação nº 3, 2017). A pesar de los avances en la ampliación de los servicios sustitutos, como CAPS y Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), la financiación insuficiente y la cobertura limitada continuaron siendo desafíos importantes (Ministério da Saúde, 2005; Tenório, 2002). Entre 2001 y 2016, la RPB avanzó marcos legales como la Ley núm. 10.216/2001 (2001), que reorientó la atención hacia la atención comunitaria, y la ampliación de servicios extrahospitalarios, como RAPS y el programa "De volta para casa" (Lei nº 10.216, 2001; Amarante & Nunes, 2018). Sin embargo, la convivencia entre prácticas tradicionales e innovadoras y la crisis político-económica de 2016, marcada por el fortalecimiento de grupos conservadores, apuntaron a retrocesos importantes (Machado, Lima e Baptista, 2017; Delgado, 2019).

Retrocesos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (2016-2019)

Desde 2016, intensos cambios en las políticas de salud mental y drogas, alineados con ideales conservadores y ultraliberales, marcaron retrocesos en la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB). La destitución de Dilma Rousseff y el ascenso de la extrema derecha trajeron medidas como la Enmienda Constitucional núm. 95/2016, que limitó las inversiones sociales, afectando el SUS y aumentando factores de sufrimiento mental,

como la pobreza y la violencia ([Onocko-Campos et al., 2018](#); [Santos & Vieira, 2018](#)). Cambios institucionales, como la Resolución no. [32](#) y Ordenanza núm. [3.588](#) de 2017, reintegraron los hospitales psiquiátricos a la Red de Apoyo Psicosocial (RAPS) y alentó a las comunidades terapéuticas, desalentando el cierre de hospitales y debilitando los servicios extrahospitalarios (Portaria nº [3.588](#), 2017, Resolução nº [32](#), 2017). En política de drogas, el nuevo Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 2018 adoptó ideales prohibicionistas, priorizando la abstinencia y la represión, contradiciendo los principios de autonomía y cuidado comunitario de la RPB ([Duarte, 2013](#)). La exclusión de la sociedad civil del Consejo Nacional de Política de Drogas en 2019 junto a medidas controvertidas, como la financiación de la TEC en el SUS, generaron una fuerte oposición de entidades como la Asociación Brasileña de Salud Pública, que defiende la atención territorial y sustitutiva como base de la ciudadanía y la salud mental ([Delgado, 2019](#); [Reis, 2019](#)).

Reforma psiquiátrica en Brasil y Amazonas

La Reforma Psiquiátrica, según [Borges \(2007\)](#), pasó por dos momentos: inicialmente, la recuperación del asilo como espacio de curación a través de reformas internas, seguido de una amplia propuesta de desinstitucionalización, influenciada por el pensamiento de Basaglia, que reconocía la irrecuperabilidad del modelo hospitalario. En Amazonas, la implementación de la reforma estuvo en línea con el primer momento, pero la falta de coordinación entre gestores y sociedad civil dificultó la priorización de la salud mental en la agenda política estatal y municipal, comprometiendo la implementación de la política de salud mental y el proceso de desinstitucionalización ([Ministério da Saúde, 2005](#)).

Ante esto, presentaremos la historia de la Reforma Psiquiátrica propuesta por el [Ministério da Saúde \(2005\)](#) y trazaremos un paralelo entre lo que estaba sucediendo en Brasil y en el Estado de Amazonas, dividiéndolo en tres momentos:

I. Entre 1978 y 1991: el movimiento social por los derechos de los pacientes psiquiátricos en Brasil criticó el modelo hospital-céntrico y denunció los tratamientos utilizados. En ese período se implementaron los primeros CAPS en São Paulo (1987) y NAPS en Bauru, además de intervenciones en hospitales psiquiátricos. En 1989 ingresó al Congreso Nacional el proyecto de ley del congresista Paulo Delgado, que proponía regular los derechos de las personas con trastornos mentales.

El espíritu pionero de la reforma psiquiátrica amazónica en los años 1970-80 se debió al fuerte deseo de cambio de un grupo de trabajadores de la salud mental (compuesto por un grupo de psiquiatras y profesionales del Hospital Colonia Eduardo Ribeiro), que, inspirados por las ideas de la Reforma Psiquiátrica italiana y brasileña, comenzaron a movilizarse contra la corrupción administrativa y a favor de mejores condiciones de tratamiento. Pero el grupo perdió el objetivo principal de la reforma psiquiátrica, provocando la desarticulación de que, según algunos entrevistados, prevalecía el punto de vista individual y no grupal.

“Estuve en el CPER de 16 a 20 años y participé en todas las reformas que intentó hacer un grupo de Don Quijote. Porque Amazonas ya era un escaparate en salud mental después del sureste, en términos de una reforma que fue en los años 1970 y fue la primera prerreforma. Estábamos en el momento de la reforma pro salud. Pero lo que nos debilitó fueron nuestras vanidades y egos inmaduros para afrontar las diferencias. Cada uno quería que prevaleciera su punto de vista, por eso el movimiento se desmoronó luego de que Silvério dejó la coordinación estatal de Salud Mental, al desencantarse y ser el líder del movimiento. Y años después murió” (Actor G).

La desarticulación y debilitamiento del control social sobre la salud mental en Amazonas resultó en una falta de participación en Conferencias y eventos nacionales y regionales sobre políticas públicas. Esto ocurrió por la falta de articulación con el control social y la falta de participación activa de los usuarios en las discusiones. A pesar de no ser una prioridad para los gobernantes, muchos directivos que asumieron cargos en el área de salud mental buscaron avanzar en la implementación de la Reforma Psiquiátrica en el estado.

En Amazonas, hubo humanización de la atención en el Hospital Coloia Eduardo Ribeiro y mejoras en las condiciones de infraestructura. En la década de 1980, se crearon el ambulatorio Rosa Blaya y el Centro de Urgencias Humberto Mendonça, además de las actividades extramuros del CPER. Se nombró al primer coordinador estatal de salud mental y se inició la descentralización de la atención de la salud mental en la capital y el interior ([Hirdes, 2009](#); [Casado, 2011](#)).

II. Entre 1992 y 2000 implantación de la red extrahospitalar: A partir de 1992, los movimientos sociales, inspirados por el Proyecto de Ley Paulo Delgado, lograron aprobar en varios estados brasileños las primeras leyes que determinaron la sustitución progresiva de las camas psiquiátricas por una red integrada de atención a la salud mental.

En Amazonas, hubo descentralización de la atención hacia ambulatorios estatales y municipales, no hubo implementación del CAPS hasta el período analizado. Un hecho importante fue la 1ª Conferencia Estatal de Salud Mental, en 2000, seguida del acuerdo con La Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) en 2003 para ofrecer el primer Curso de Especialización en Salud Mental, formando profesionales para implementar la reforma psiquiátrica en el estado. Con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° [10.216](#) en 2001, que redireccionó la asistencia a los servicios comunitarios, y el apoyo del movimiento de trabajadores de la salud mental, se aprobó en 2003 la Política de Estado de Amazonas de Salud Mental. La Ley Estatal N° [3.177](#), sancionada en 2007, determinó la creación de dispositivos sustitutos como CAPS y servicios terapéuticos residenciales, aunque la red de atención en salud mental aún es limitada ([Ministério da Saúde, 2005](#)).

Según uno de los entrevistados, en el Estado de Amazonas, la reproducción de medicamentos y prácticas ambulatorias aún persiste en algunos servicios comunitarios implementados, lo que convierte a estos servicios en verdaderos “capscomiums”:

“No considero que los centros de atención psicosocial sean un avance. Al Ministerio de Salud no le gusta este discurso de Paulo Amarante, que considero de suma importancia. Dijo que: en Brasil se crearon varios CAPScomium. Porque sólo están medicalizando y no cuidando realmente la salud mental. Pero cuando voy a municipios del interior del Amazonas y visito el CAPS, me decepciono. Porque se centra en el tratamiento farmacológico, y creo que en el ambulatorio Rosa Blaya eso lo hacían mucho mejor, ¿sabes?” (Actor B).

Respecto a la Política de Salud Mental del Estado Amazonas, tanto a nivel estatal como municipal, los entrevistados destacan que:

“Por nuestras especificidades en Amazonas, un CAPS nunca se acercará a lo que es un CAPS en Río de Janeiro. No hay nada escrito al respecto. No hay nada que hable de un CAPS indígena. ¿Existen CAPS indígenas? Hay una serie de temas que aún no hemos podido discutir respecto de una Política de Salud Mental en Amazonas. Porque una cosa es la política nacional de salud mental y otra la política estatal de salud mental” (Actor E).

Historia de las instituciones que brindan asistencia en Salud Mental en Amazonas

Al historizar la Política de Salud Mental de Amazonas, es importante mencionar, aunque sea brevemente, las Instituciones que de alguna manera brindaron asistencia a personas con trastornos mentales en Amazonas desde finales del siglo XIX hasta la actualidad. Asimismo, resaltar los principales hechos históricos que influyeron en esta política. Para ello, se presentará una cronología y análisis del proceso de institucionalización/desinstitucionalización de la locura en el Estado de Amazonas, especialmente en la capital del Estado.

Instituciones de finales del siglo XIX (Hospício Barão de Manaós y Asilo de Alienados)

A partir de la explotación de la mano de obra local y la “colonización”, especialmente extranjera, en 1870 en Amazonas, los llamados “locos”, “indigentes” y “discapacitados” comenzaron a ocupar los locales de la Santa Casa de Misericordia. Esta institución cumplió la función de “protección” y “contención”, siendo administrada tanto por la Iglesia como por la élite local ([Lopes, 2011](#)).

La forma de afrontar la locura en Manaus era también el aislamiento, para ello, en 1889, se creó el Hospício Barão de Manaus. Según [Schweickardt](#) (2013, p. 1), se trataba de una "Institución creada en el período provincial, en la que se requería la construcción de un hospital para 'alienados', que tenía como objetivo albergar a los enfermos mentales de la antigua provincia de Amazonas". El hospicio funcionó por un corto tiempo en la finca del Dr. João Hosannah de Oliveira, donde se encontraba una alfarería. Al inicio de la República, la Provincia pasó a ser el estado de Amazonas. El hospicio fue cerrado, sin dejar ningún lugar específico para los alienados. Así, en 1894 comenzó a funcionar la atención a pacientes en una de las alas de la Santa Casa y en la prisión pública del estado, para casos de diagnóstico de enfermedades mentales.

El Hospital Santa Casa de Misericórdia no pudo satisfacer la demanda de salud mental, lo que llevó a la creación del Asilo de Extranjeros por ley no. 65/1894, sin preparación adecuada para el tratamiento de los pacientes. Este evento marcó el inicio de la hospitalización psiquiátrica en Manaus, reflejando el proceso de saneamiento e higiene urbanos. Hasta 1896, el hospital fue administrado por la Santa Casa de Misericórdia, que en 1898 pasó a llamarse Asilo dos Alienados Eduardo Ribeiro, en honor al gobernador de la época. El asilo fue trasladado a la Rua Ramos Ferreira.

Las principales prácticas de la época en el modelo de asilo implicaban el aislamiento de los pacientes, la jerarquía dentro del asilo y la vigilancia constante por parte de médicos y asistentes. La institución pasó por varios cambios, como el desprendimiento del Asilo da Santa Casa en 1913 y el traslado a la Av. Constantino Nery en 1928. A partir de 1940 pasó a denominarse 'Hospital Colônia Eduardo Ribeiro', con 150 camas, pero albergando el doble de internos, lo que motivó una ampliación en 1961 y posteriores renovaciones en 1967. En Amazonas, la Colonia de Extranjeros se convirtió en el centro de la política de salud mental, y la estatización impidió la proliferación incontrolada de asilos privados ([Lopes](#), 2011; [Schweickardt](#), 2013).

Instituto Eugene Minkowski (privado), ubicado en la Avenida Rodrigo Otávio - Japiim, cerca del Campus de la UFAM, el hospital comenzó con una propuesta innovadora, pero pronto se convirtió en blanco de denuncias de malos tratos y malversación de recursos, siendo desactivado por acciones de militantes y grupos organizados.

"Creado en la década de 1970 por el psiquiatra Dr. Benedito Barbosa, el Instituto Eugene Minkowski introdujo modelos innovadores de tratamiento psiquiátrico, con unidades de internación abiertas y pabellones separados para hombres y mujeres, diferenciándose del modelo cerrado del Hospital Colonia Eduardo Ribeiro. El enfoque atrajo a estudiantes de medicina y profesionales del sector, incluidos colegas de Silvério Tundís. Sin embargo, tras ser arrendada por el psiquiatra Dr. Roberval Bezerra, la clínica se convirtió en una institución volcada a la comercialización de la locura, acreditada por el INAMPS y denunciada por apropiación indebida de recursos, medicamentos y alimentos, funcionando hasta la década de 1980" (Actor D).

"Había un hospital privado dirigido por el entonces director del Hospital Eduardo Ribeiro, quien se benefició de la "industria de la locura" al desviar recursos del hospital psiquiátrico hacia su clínica privada. En aquel momento, la mayor parte de los recursos se destinaron al hospital psiquiátrico, sin llegar a los consultorios ambulatorios. El director se benefició de la prolongada hospitalización de los pacientes, recibiendo más dinero del INAMPS. "El esquema fue desmantelado luego de denuncias de un grupo que preparó un expediente, lo que resultó en la destitución del director y el cierre de la clínica mediante un proceso administrativo" (Actor C).

A respecto de los diversos Servicios de Salud Mental que brindaron asistencia en los años 1970-1980, un entrevistado relata que:

"Estaba el ambulatorio del INAMPS en Getúlio Vargas, estaba el ambulatorio de la facultad de medicina, estaba el ambulatorio PAM Codajás, una clínica privada que era un verdadero almacén de locos y Eduardo Ribeiro" (Actor G).

A respecto de la especialización en psiquiatría en los años 1970/1980, algunos informes afirman que algunos de los psiquiatras que trabajaron en Eduardo Ribeiro en la década de 1970 se formaron en otros estados. La residencia de psiquiatría recién se implementó en 2007 en Amazonas.

Al volver a la historia del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, resulta que está subordinado a la Secretaría de Salud del Estado de Amazonas desde 1982, mediante Decreto Gubernamental n.º. [6.472](#), publicada en el Boletín Oficial del Estado el 22 de julio de 1982. La estructura estaba formada por: Ambulatorio Rosa Blaya, cuatro Pabellones de Internación (Raimunda Belém, Maria Damasceno, José da Silva, Alberto Lacerda) y Urgencias Humberto Mendonça.

Sobre las primeras manifestaciones de la lucha contra el modelo hospitalario y el descontento en relación con las condiciones de trabajo y las formas de trato brindadas dentro de Eduardo Ribeiro que surgieron en la década de 1980, indican los informes:

“Antes de los años 1980, el Hospital Eduardo Ribeiro tenía condiciones precarias, con pacientes mixtos, tanto hombres como mujeres, en celdas grandes, viviendo en condiciones inhumanas. Hasta ese momento el hospital no contaba con camas adecuadas y los pacientes dormían en el suelo” (Actor A).

Todavía en la década de 1970, al asumir el Programa de Salud Mental del Estado de Amazonas, el psiquiatra Silvério Tundis realizó varios cambios dentro de Eduardo Ribeiro. Según informes, parece que el movimiento ocurrido a nivel nacional tuvo repercusiones al mismo tiempo en Amazonas. Amazonas se destacó a nivel nacional en la década de 1980 al implementar cambios en la atención a la salud mental dentro del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Entre estas se destacan prácticas innovadoras, como la terapia ocupacional, la terapia comunitaria y la producción agrícola, que buscaban descronificar a los pacientes y restituirles su ciudadanía:

“En la década de 1970 se introdujo un enfoque terapéutico más individual y socialmente centrado, con énfasis en la terapia ocupacional, la música, la danza y el trabajo con la familia, con el apoyo fundamental de los servicios sociales. Se trataba de un equipo multidisciplinar, formado por profesionales con diferentes conocimientos, que empezó a romper con la visión tradicional del asilo. Los pacientes participaron activamente, plantando, produciendo y vendiendo sus productos en una feria y exhibiendo sus obras de arte. Si bien no fue la reforma psiquiátrica de hoy, este enfoque fue un embrión del movimiento, pero la autora se fue distanciando con el tiempo por frustración” (Actor N).

En la década de 1980, la Reforma Psiquiátrica en Amazonas ganó fuerza con la oposición de los profesionales de la salud mental a la propuesta del gobierno de internar a los pacientes criminales en el asilo público, un movimiento exitoso gracias a la difusión de los esfuerzos por humanizar y democratizar el asilo (Lopes, 2013). En 1988, se aprobó la ley estatal n° 1.874, que creó el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico de Manaus, resolviendo la cuestión de los pacientes criminales después de un retraso de 48 años (Lopes, 2013). La descentralización de la salud mental, impulsada por Silvério Tundis,

fue otro hito importante, con la distribución de medicamentos y servicios a varios municipios del estado. Una diferencia en este movimiento fue la implementación de la terapia ocupacional en Eduardo Ribeiro, con la creación del Grupo de Agricultura (GA), coordinado por Rogelio Casado. El tratamiento se basó en actividades productivas y remuneradas, como el cultivo de hortalizas y la cría de cerdos, promoviendo la integración de los pacientes a través del trabajo (Casado, 2011).

El cambio en el hospital psiquiátrico público pasó a impactar directamente la vida cotidiana de la institución, alterando las relaciones entre empleados y pacientes y contribuyendo a la restitución de la identidad de los internos, muchos de los cuales llevaban más de 20 años hospitalizados. Esta iniciativa, mantenida dentro de las "viejas estructuras de asilo", representó un paso importante en la Reforma Psiquiátrica en Amazonas, especialmente durante la década de 1980 (Lopes, 2013, p. 20-21). Algunos actores destacaron esto:

“Paralelamente al proyecto agrícola, Etelvina Braga implementó terapias ocupacionales con collage y pintura, involucrando a los pacientes en tareas como la decoración de puertas y portones de hospitales, representando iniciativas de tratamiento pioneras e innovadoras” (Actor G).

En las décadas de 1970 y 1980, el panorama de la atención de salud mental en Amazonas pasó por varias iniciativas de cambio, con movimientos hacia la deshospitalización y la reducción de camas psiquiátricas, pero sin la implementación de servicios de reemplazo adecuados, lo que generó serias críticas. La reducción de camas provocó falta de asistencia y abandono, reforzando la idea social de la necesidad de totalizar espacios. Esta reducción estuvo impulsada por la nueva dirección del Centro Psiquiátrico, que buscó activamente a familiares de pacientes de larga estancia a través de los Servicios Sociales. Según un entrevistado, “De los 225 pacientes, los reducimos a 125 según la ubicación de las familias” (Actor D), colocando a Amazonas en línea con el movimiento nacional.

Según Schweickardt (2015, p. 4), en 1997 el CPER contaba con 150 camas disponibles, distribuidas de la siguiente manera:

“Ese año, la institución tenía ingresados 100 pacientes crónicos, residentes en el hospital. Las camas disponibles para internos crónicos se fueron reduciendo progresivamente tras la política de desactivación de instituciones psiquiátricas”.

El nuevo modelo de atención en psiquiatría, establecido por la Ley de Reforma Psiquiátrica, se implementó en el Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro en 2006, reemplazando la atención ambulatoria por "Clínicas de Recepción", "Clínicas de Patología" y "Clínicas de Dependencia Química". El sector de Atención de Emergencia fue reestructurado para atender casos de urgencia psiquiátrica y emergencia con hospitalización breve de hasta 15 días. Los pabellones de hospitalización prolongada fueron transformados en residencias temporales para pacientes crónicos, pero la desinstitucionalización se retrasó por desacuerdos sobre la ubicación de los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT) y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). El primer CAPS se implementó en Parintins en 2005 y en Manaus en 2006, mientras que los SRT se implementaron solamente en 2014.

La implementación de la Política de Salud Mental depende de la concientización de los gestores municipales, ya que los servicios sustitutos, como CAPS y SRT, deben ser municipalizados. En Amazonas, los municipios del interior fueron más efectivos en este proceso, comenzando con CAPS en Parintins en 2005 e implementando 18 CAPS entre 2009 y 2013, además de otros servicios como clínicas callejeras. Esta eficacia se atribuye a una mayor conciencia local y a la distancia de la capital, lo que hace que la implementación de estos servicios sea una prioridad para evitar costosas derivaciones de pacientes a Manaus. En contraste, la capital implementó sólo tres CAPS, dos de gestión municipal y uno estatal.

Para concluir este artículo, abordaremos la percepción de los principales actores de la Salud Mental y del movimiento por la Reforma Psiquiátrica en Amazonas sobre el tema de la implementación de la Reforma Psiquiátrica en Amazonas y el lento proceso de desinstitucionalización e implementación de servicios sustitutos:

“Había una falta de liderazgo que pudiera unir a todos. Porque cuando Silvério dejó la coordinación y se desencantó del movimiento, todo se perdió. Mientras estábamos en Eduardo Ribeiro lo logramos. Entonces el grupo empezó a perderse, porque todos se iban para un lado y había varios reformistas aislados. Nunca paré, iba a la Asociación Amazónica de Psiquiatría, promovía seminarios, iba por días, íbamos a la Comisión de Salud Mental” (Actor N).

Las percepciones de los principales actores involucrados en la Reforma Psiquiátrica en Amazonas revelan divergencias sobre su implementación. Los principales desafíos destacados incluyen la falta de consenso y liderazgo en el movimiento tras la salida del psiquiatra Silvério Tundis, la escasez de recursos para la implementación y mantenimiento de servicios de reemplazo y la dificultad de formar profesionales calificados para adoptar un nuevo paradigma en salud mental, que no refuerza la práctica ambulatoria centrada en la medicalización en los servicios implementados.

Red de salud mental de Amazonas, hoy

La implementación de la Política de Salud Mental depende en gran medida de la sensibilización de los gestores y gobernadores municipales, dado que, debido a la municipalización de los servicios de salud en la década de 1990, los servicios sustitutos como CAPS y SRT, deben ser gestionados por el municipio. En Amazonas, históricamente parece que en los municipios del interior esto ha sido más efectivo, a partir de 2005 con los CAPS implementados en Parintins y en el período 2009-2013 con la implementación de 19 CAPS, clínicas de calle, etc., en un total de 62 municipios.

Tabla 2. Número de CAPS implementados en Manaus y en municipios del interior de Amazonas en el período 2005-2024

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

Fuente: los autores (2025).

De los 62 municipios del estado de Amazonas, hasta 2013, había 19 CAPS implementados en el interior y tres en la capital, siendo dos de ellos en la ciudad de Manacapuru (el primer CAPS AD en la región norte en 2012 y otro CAPS que es tipo II en 2010). Los demás son: 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, Humaitá). Año 2013 (Manaus – CAPS i, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara e São Paulo de Olivença).

En los municipios del interior, además de los 19 CAPS implementados, existen equipos de Centros de Apoyo a la Salud de la Familia - NASF, Centro de Atención Psicosocial al Alcohol y otras Drogas - CAPS AD, Clínica de Calle en Manacapuru y Manaus y equipos de salud mental que apoyan a las Unidades Básicas de Salud - UBS y Estrategia de Salud de la Familia brindando asistencia en salud mental a sus residentes. De esto se desprende que, debido a las grandes distancias geográficas y las dificultades encontradas en el tema del acceso desde los municipios del interior a la capital, estos municipios han sido más decisivos en el tema de la atención de la salud mental.

En mayo de 2022, la Red contaba con: Atención Primaria de Salud (Unidades Básicas de Salud y Consultorios de Calle); Atención Psicosocial Estratégica (CAPS), distribuida 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 SUL, 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 Lorido y CAPS AD), Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira y Tefé.

Equipos Multidisciplinarios de Atención Especializada en Salud Mental (Policlínicos) – gestión estatal: Atención psiquiátrica y psicológica – Policlínico Codajás, Policlínico Zeno Lanzini, Policlínico João dos Santos Braga, Policlínico José Lins y Policlínico Gilberto Mestrinho.

Equipos Multidisciplinarios de Atención Especializada en Salud Mental del Niño y del Adolescente (CAIC +) – gestión estatal Atención de Urgencia y Emergencia: SAMU, Pronto Atendimento Humberto Mendonça – HPSE, HPS 28 de Agosto, HPS Platão Araújo, HPS João Lúcio, SPA José Lins y Unidad de Atención de Emergencia (UPA) José Rodrigues; Atención Hospitalaria: Hospital de Especialidades; 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 SUL; Interior / CAPS I (puerta abierta / libre demanda) 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 – libre demanda) en: Manacapuru, Itacoatiara y Parintins. CAPS AD (Puerta abierta – libre demanda) en: Manacapuru y Parintins.

En 2023, la Red contaba con: Manaus / Centro de Rehabilitación de Dependencia Química (100 camas de rehabilitación y 10 salas clínicas), Hospital Dr. Geraldo da Rocha (16 camas, 04 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 SUL, Policlínica Codajás, Centro de Saúde Mental do Amazonas. Zonas Centro SUR: CAPS AD Dr. Afrânio Soares, Hospital Nilton Lins. Centro: Policlínico Gilberto Mestrinho. Zona Este: CAPS i Leste – Infancia y Juventud y Policlínica Zeno Lanzine. Zona Oeste: Policlínico Dr José Lins.

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

Consideraciones finales

El análisis histórico de la política de salud mental en Amazonas revela un lento proceso de implementación de la Política Estatal de Salud Mental, caracterizado por la falta de registro de camas psiquiátricas en los hospitales generales y la insuficiencia de servicios comunitarios, en desacuerdo con el parámetro de 1 CAPS por cada 100.000 habitantes. El retraso se atribuye a la falta de desarrollo de competencias municipales en la gestión de salud mental, previamente asumida por el Estado, y a la dificultad de sensibilización de los gestores, con una visión jerarquizada de los servicios. Si bien la municipalización de los servicios comenzó en 2003, la falta de una gestión efectiva llevó al Estado a asumir la gestión de los CAPS y SRT, implementados respectivamente en 2006 y 2014, pero sin transferir la gestión municipal. A pesar de las discusiones iniciadas en las décadas de 1970 y 1980 y de la aprobación de una Política de Estado en 2003, Amazonas aún no ha consolidado la Reforma Psiquiátrica debido a la insuficiencia de servicios sustitutos y la dificultad para satisfacer la demanda de manera efectiva.

La reforma psiquiátrica en Amazonas ha avanzado lentamente desde finales de los años 1970, con mayor impulso a partir de 2001, principalmente debido a la presión del Ministerio Público. El primer servicio de reposición se implementó en Parintins en 2005, 21 años después del inicio de esta práctica en Brasil. En 2002 se desarrolló un proyecto para la implementación de la TRE y en 2006 se inició en el Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro una estrategia para preparar a los pacientes para la autonomía y la adaptación a la TRE. Sin embargo, el servicio solo se implementó parcialmente en 2014, con un número insuficiente de residencias para albergar a todos los pacientes internados. La práctica hospitalaria/ambulatoria aún persiste tanto en la capital como en los municipios del interior, reflejo de las políticas preventivas de las décadas de 1970 y

1980, que no lograron redirigir la atención a servicios extrahospitalarios por falta de recursos.

Las investigaciones documentales y las entrevistas indican que, a lo largo de las décadas, siempre se ha destacado la necesidad de registrar camas psiquiátricas en los hospitales generales para permitir la Reforma Psiquiátrica. En la década de 1970, el Manual de Servicio de Asistencia Psiquiátrica del INPS no garantizaba este registro. A principios de los años 1980, Silvério Tundis propuso al Ministerio de Salud un proyecto para implementar camas en el Hospital Adriano Jorge, pero sin éxito. El cierre del Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro y la desinstitucionalización fueron temas recurrentes en la gestión de la salud mental, pero enfrentaron dificultades, principalmente por resistencias de los directores del hospital, quienes alegan falta de preparación y preparación de recursos humanos para atender las crisis psiquiátricas, además de la formación de la última promoción de la residencia de psiquiatría, que está vinculada a este único hospital.

Hasta 2014, hubo una movilización para la implementación de otros CAPS en Manaus y para el registro de camas psiquiátricas en los hospitales generales, pero este proceso fue todavía muy lento y no cubrió las necesidades de quienes padecían trastornos psicológicos. Hasta 2021, las decisiones políticas para implementar otros CAPS y otros componentes importantes de RAPS marcan la continuidad de esta nueva Política de Salud Mental. A partir de 2021, con la inspección del Consejo Nacional de Justicia (CNJ) al Hospital de Custódia, posteriormente se reabrieron las discusiones sobre su cierre, lo que finalmente se produjo en 2022, mismo año en el que también cerró el CPER (marcando el fin del modelo hospitalocéntrico en Amazonas).

A pesar de los esfuerzos del gobierno nacional para destinar recursos a la implementación de servicios sustitutos y a implementar la Reforma Psiquiátrica en Amazonas, un análisis crítico revela la falta de prioridad en las inversiones públicas, especialmente a nivel municipal, lo que refuerza prácticas excluyentes presentes en el Hospital Psiquiátrico hasta el año 2022. La articulación del control social, importante para el avance de las políticas públicas de salud mental, se ha visto obstaculizada por la falta de organización de la sociedad civil, por la

insatisfacción de los pacientes con la acogida en CAPS y la percepción de que Eduardo Ribeiro era el único servicio resolutorio, aunque crónico y excluyente. La situación demuestra la necesidad de avanzar en propuestas de Reforma Psiquiátrica, alineadas con el nuevo paradigma de salud mental adoptado a nivel internacional, con Amazonas aún en un lento proceso de implementación.

La implementación de la Reforma Psiquiátrica en Amazonas presenta importantes limitaciones debido a factores estructurales, históricos y políticos. La insuficiencia de camas psiquiátricas en los hospitales generales y la limitada red de Centros de Atención Psicosocial (CAPS), especialmente en el interior, comprometen la atención y contradicen los principios de territorialidad e inclusión de la reforma. Pese al cierre del Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro en 2022, la desinstitucionalización fue tardía, por fallas en la planificación y ejecución de las políticas públicas. La ausencia de profesionales calificados, el cierre de la última residencia psiquiátrica del estado en 2007 y la baja capacidad técnica de los municipios dificultan la gestión de los servicios y perpetúan las prácticas hospitalarias. Retrocesos nacionales, como la Nota Técnica nº 11/2019 y el fortalecimiento de las comunidades terapéuticas, debilitaron el modelo comunitario y humanizado, además de reflejar negligencia en la ampliación de la Red de Atención Psicosocial (RAPS). Los factores locales, como la enorme extensión territorial y las dificultades de acceso, requieren políticas adaptadas, incluida la telemedicina y estrategias innovadoras. Superar estos desafíos requiere inversiones sólidas, mayor coordinación intersectorial, capacitación profesional y compromiso social para promover un modelo inclusivo e integrado de atención de salud mental, alineado con los principios de la reforma.

Los resultados indican que la reforma psiquiátrica en Amazonas aún enfrenta obstáculos importantes, como la falta de infraestructura adecuada, resistencia política y recursos humanos y financieros limitados. Para superar estas barreras es fundamental fortalecer las políticas públicas con mayor inversión, capacitación profesional, coordinación entre diferentes sectores y la promoción de un compromiso social más activo. Sólo con estas medidas será posible avanzar hacia un modelo de atención en salud mental inclusivo, integral y alineado con los principios de la Reforma Psiquiátrica.

De todo lo expuesto, destacamos la importancia de ampliar los debates sobre la Política Nacional de Salud Mental para evitar retrocesos y construir caminos evolutivos que valoren la inclusión, la autonomía y el respeto a las personas con trastornos mentales, fortaleciendo los logros de la Reforma Psiquiátrica. Por lo tanto, el legado de todo un camino de reforma psiquiátrica brasileña en las últimas décadas debe ser llevado adelante a través de políticas públicas que apoyen al SUS en su poder, ampliando y articulando las redes que se entrelazan más allá del campo de la salud. Este es el mayor desafío al que nos enfrentamos hoy.

Las principales limitaciones del estudio incluyen la dificultad para acceder a datos actualizados y consistentes sobre la Red de Salud Mental de Amazonas, la falta de registros históricos sistematizados y la dispersión de la información entre diferentes órganos e instituciones, lo que dificulta un análisis integrado. Además, lo incompleto de la documentación oficial y la ausencia de una base teórica sólida sobre la política local de salud mental comprometen el análisis y contextualización del proceso. La gran extensión territorial del estado y las desigualdades entre las áreas urbanas y rurales limitan la recopilación de datos y dificultan el análisis comparativo. Los desafíos políticos, como la discontinuidad de las políticas públicas debido a cambios de gestión y la insuficiencia de recursos financieros y logísticos, también impactan en la evaluación de la implementación de los servicios. Estas limitaciones resaltan la necesidad de avances en la organización y el acceso a los datos para futuros estudios.

El aporte de esta investigación a las áreas de historia de la salud, políticas públicas e de la historia de las instituciones se debió a que permitió reconstruir y registrar el movimiento histórico hacia la construcción de una Política de Salud Mental en Amazonas basada en el paradigma de la Reforma Psiquiátrica y la aprobación de la Ley Estatal de Salud Mental. A partir de esto, fue posible realizar un análisis de la Historia de la Salud Mental presentando la historia de las instituciones que brindaron asistencia en salud mental y los tipos de atención brindados por ellas desde finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX, período en el que se aprobó la Ley N° 10.216 Ley de Reforma Psiquiátrica.

Agradecimientos

Esta investigación contó con el apoyo del Programa Multiinstitucional de Posgrado en Salud, Sociedad y Endemias en la Amazonía (PPGSSEA/UFAM/Fiocruz Amazônia). A la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Amazonas (FAPEAM).

Contribuciones del autor

Los autores declararon haber realizado aportes sustanciales al trabajo en cuanto a la concepción o diseño de la investigación; la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; y escribir o revisar críticamente contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final que se publicará y acordaron asumir la responsabilidad pública de todos los aspectos del estudio.

Conflictos de intereses

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, corporaciones y fundaciones privadas) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiación, membresía en consejos asesores, diseño de estudios, preparación de manuscritos, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

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



Referencias

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios [La reforma psiquiátrica en el SUS y la lucha por una sociedad sin asilos]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Borges, C. F. (2007). *Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes a reforma psiquiátrica* [Las políticas de salud mental y su inclusión en el SUS: la discusión de convergencias y divergencias y el rescate de algunos conceptos y valores pertinentes a la reforma psiquiátrica] [dissertação de mestrado, FIOCRUZ]. Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5353>

- Camelo, A. C. N. (2020). *A Reforma psiquiátrica no Brasil e a atual conjuntura da Política Nacional de Saúde Mental [manuscrito]: Continuidade ou ruptura?* [La reforma psiquiátrica en Brasil y la situación actual de la Política Nacional de Salud Mental [manuscrito]: ¿Continuidad o ruptura?] [trabajo de finalización de curso, Universidade Estadual da Paraíba]. <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/25455/1/PDF%20-%20Ana%20Clara%20Noberto%20Camelo>
- Casado, R. C. M. F. (2011). *Cidade e loucura: espacialização da "doença mental" e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus* [Ciudad y locura: espacialización de la "enfermedad mental" y el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica en la ciudad de Manaus] [tesis de maestría, Universidade Federal do Amazonas].
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental* [Psiquiatría social: problemas de salud mental brasileño]. Livraria Atheneu.
- Dassoler, V. A., & Palombini, A. L. (2020) Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira [Atención a la crisis en la época contemporánea: desafíos para la reforma psiquiátrica brasileña]. *Saúde e Debate*, 44(3), 278-291. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
- Decreto Governamental nº 6.472. (1982). Dispõe sobre a subordinação do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas [Prevé la subordinación del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro a la Secretaría de Salud del Estado de Amazonas]. Diário Oficial do Estado do Amazonas.
- Decreto nº 24.559, de 11 de outubro de 1934. (1934). Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências [Proporciona profilaxis mental, asistencia y protección para la persona y la propiedad de psicópatas, supervisión de servicios psiquiátricos y otras medidas.]. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559.htm
- Delgado, P. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte [Reforma psiquiátrica: estrategias para resistir el desmantelamiento]. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0021241. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Duarte, M. J. O. (2013). Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória [Salud mental, drogas y derechos humanos: por intervenciones ciudadanas para consumidores de drogas en el contexto de la hospitalización obligatoria]. *Saúde em Debate*, 37, 39-48. <https://doi.org/10.1590/0103-11042013E05>
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. (2016). Altera o Ato das Disposições Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Modifica la Ley de Disposiciones Transitorias, para establecer el Nuevo Régimen Fiscal, y dispone otras medidas]. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
- Escorel, S. (2012). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária [Historia de las políticas de salud en Brasil de 1964 a 1990: del golpe militar a la reforma sanitaria]. In L. Giovannella, S. Escorel, et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Fiocruz, p. 323-365. https://www.researchgate.net/publication/365955854_Historia_das_Politicass_de_Saude_no_Brasil_de_1964_a_1990_do_golpe_militar_a_reforma_sanitaria
- Fernandes, C. J. (2018). *Reforma psiquiátrica (im)possível? estudo documental e analítico (2008 a 2017)* [¿La reforma psiquiátrica (im)posible? Estudio documental y analítico (2008 a 2017)] [tesis de maestría, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional UFC. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39323>
- Figueiredo, A. C. (2019). Una breve revisión de la reforma psiquiátrica en Brasil y su relación con el psi-coanálisis y la psicología. *Revista Psicologia Política*, 19(44), 78-87. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100009&lng=pt&tlng=pt
- Halbwachs, M. (2006). *A Memória Coletiva* [La memoria colectiva]. Centauro Editora.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão [La reforma psiquiátrica en Brasil: una (re)visión]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>
- Lei 65, de outubro de 1894. (1894). Dispõe sobre a criação do Asilo de Alienados [Prevé la creación del Asilo de Alienados]. Assembléia Legislativa do Amazonas.
- Lei nº 3.177, de 11 de outubro de 2007. (2007). Dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico, e dá outras providências [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 nº 1.874, de 29 de novembro de 1988. (1988). Institui o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus [Crea el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico de Manaus]. https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/1988/6325/6325_texto_integral.pdf

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [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/l10216.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los servicios correspondientes y dispone otras medidas.]. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Prevé la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el sector de la salud y prevé otras medidas.]. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
- Lima, A. F. (2018). Os movimentos regressivos-progressivos da reforma psiquiátrica brasileira [Los movimientos regresivos-progresistas de la reforma psiquiátrica brasileña]. In: A. F. Lima. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. Appris, p. 15-34. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/52654>
- Lima, F. A. C., & Cabral, M. P. G. (2023). Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde [Digresiones de la Reforma Psiquiátrica Brasileña en la conformación de la Nueva Política de Salud]. *MentalPhysis: Revista de Saúde Coletiva*, 33. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333078>
- Lopes, L. O. (2011). *Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica* [Análisis de la práctica de la atención psicossocial en salud mental en el contexto de la Reforma Psiquiátrica] [tesis de maestría, Universidade Federal do Amazonas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/2842>
- Lopes, R. S. (2013). Entre a atenção à saúde e a legalidade: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico [Entre la asistencia sanitaria y la legalidad: acciones del hospital de custodia y el tratamiento psiquiátrico]. *Revista Zona de Impacto*, 15(1), 4-32. https://albertolinscaldas.unir.br/zonadeimpacto/Randiza%20Lopes%20parte%20I%20Zona%20de%20Impacto%2015_1.pdf
- Machado, C. V., Lima, L. D., Baptista, T. W. D. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal [Las políticas de salud en Brasil en tiempos contradictorios: caminos y retrocesos en la construcción de un sistema universal]. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), e00129616. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>
- Messas, G. P. (2008). O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental [El espíritu de las leyes y las leyes del espíritu: la evolución del pensamiento legislativo brasileño en salud mental]. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro*, 15(1), 65-98. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100005>
- Mezza, M., & Torrenté, M. O. N. (2020). A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral [La Reforma Psiquiátrica Brasileña como lucha por el reconocimiento y el progreso moral]. *Saúde Debate*, 44(3), 235-249. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento* [El desafío del conocimiento]. 11 ed. Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas* [Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil: Documento presentado en la Conferencia Regional sobre Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. (2019). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas [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>
- Onocko-Campos, R. T., Amaral, C. E. M., Saraceno, B., Oliveira, B. D. C., Treichel, C. A. S., Delgado, P. G. G. (2018). Actuación de los Centros de Atención Psicossocial en cuatro centros urbanos en Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(18), e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges [El sistema de salud brasileño: historia, avances y desafíos]. *Lancet*, 377(9779), 1.778-1.797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970 [Antecedentes de la reforma psiquiátrica en Brasil: las contradicciones de los años 1970]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 11(2), 241–258. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702004000200002>
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas [Una visión general de la reforma psiquiátrica brasileña: instituciones, actores y políticas]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4.579-4.589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Consolidación de estándares en las redes del Sistema Único de Salud]. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências [Modifica las Ordenanzas Consolidadas Nº 3 y Nº 6, de 28 de septiembre de 2017, para prever la Red de Atención Psicossocial, y dispone otras medidas]. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. (1992). Estabelece Diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial – SIA/SUS/Unidade Básica/CAPS/Hospital Psiquiátrico, etc [Establece Directrices y estándares para la atención ambulatoria – SIA/SUS/Unidad Básica/CAPS/Hospital Psiquiátrico, etc.]. https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_224.pdf
- Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991. (1991). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos) [Aprueba la inclusión de Grupos y Procedimientos en la Tabla SIH-SUS en el área de Salud Mental (Hospitales Psiquiátricos)]. <https://www3.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>
- Reis, V. (2019, 22 de febrero). *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas* [Sobre los cambios a la Política Nacional de Salud Mental y los Lineamientos de la Política Nacional de Drogas]. *Racismo Ambiental*. <https://racismoambiental.net.br/2019/02/22/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/>
- Resolução CES nº 037 de 04/11/2003. (2003). Aprova a Política Estadual de Saúde Mental [Aprueba la Política Estatal de Salud Mental]. Conselho Estadual de Saúde do Amazonas.
- Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. (2017). Estabelece diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Establece lineamientos para el fortalecimiento de la Red de Atención Psicossocial (RAPS)]. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nº 196/96, nº 303/2000 e nº 404/2008 [Aprueba los lineamientos y normas reglamentarias para las investigaciones con seres humanos y deroga las Resoluciones CNS Nº 196/96, Nº 303/2000 y Nº 404/2008]. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/resolucao-cns-466-12.pdf>
- Sampaio, M. L., Bispo Jr, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil [Entre encierro y desinstitucionalización: la trayectoria de la salud mental en Brasil]. *Trab. Educ. Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Santos, I. S., & Vieira, F. S. (2018). Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional [Derecho a la salud y austeridad fiscal: el caso brasileño en una perspectiva internacional]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2.303-2.314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>
- Schweickardt, J. C. (2013). *Projeto de pesquisa: História das Instituições de Saúde do Amazonas* [Proyecto de investigación: Historia de las Instituciones de Salud en Amazonas] [texto no publicado].
- Schweickardt, J. C., & Xerez, L. M. (2015). A hanseníase no Amazonas: política e institucionalização de uma doença [Lepra en Amazonas: política e institucionalización de una enfermedad]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(4), 1141–1156. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702015000400003>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos [La reforma psiquiátrica brasileña, desde los años 1980 hasta la actualidad: historia y conceptos]. *História, Ciências Saúde: Manguinhos*, 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros com desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [Rupturas y encuentros con los desafíos de la reforma psiquiátrica brasileña]. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>