



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane



**UFAM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –  
FIOCRUZ AMAZÔNIA  
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA  
AMAZÔNIA**

**A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO  
AMAZONAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA  
ESTRUTURAÇÃO**

RAQUEL MARIA NAVARRO

MANAUS  
2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE -  
FIOCRUZ AMAZÔNIA  
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA  
AMAZÔNIA**

**RAQUEL MARIA NAVARRO**

**A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO  
AMAZONAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA  
ESTRUTURAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como parte do requisito para obtenção do título de Mestre, área de concentração Sócio-Antropologia e História da Saúde e da Doença na Amazônia.

**Orientador:** Prof. Dr. Júlio César Schweickardt

MANAUS  
2015

**RAQUEL MARIA NAVARRO**

**A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO  
AMAZONAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA  
ESTRUTURAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como parte do requisito para obtenção do título de Mestre, área de concentração Sócio-Antropologia e História da Saúde e da Doença na Amazônia.

**Aprovado em 26 de agosto de 2015**

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Júlio César Schweickardt, Presidente  
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia**

**Prof. Dr. Silvio Yasui, Membro  
Universidade Estadual Paulista (UNESP)**

**Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Membro  
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos entrevistados por se disponibilizarem a retroceder no tempo através de suas memórias e dar informações, que permitiram que reescrevêssemos a história da saúde mental do Amazonas com seus encontros e desencontros e que foram fundamentais para essa pesquisa.

Ao Prof. Dr. Júlio Schweickardt pela orientação que me foi dada na concepção e execução da pesquisa, possibilitando espaço para expressão de meu interesse de conhecimento.

Ao Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza e à Dra Maria Inês Gaspareto Higuchi pelas sugestões e direcionamento fundamental na banca de qualificação do projeto.

À Coordenação do Programa Estadual de Saúde Mental do Amazonas e ao Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e seus acervos de documentos e ofícios e pela colaboração fundamental no levantamento e disponibilização de documentos históricos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de estudo que permitiu dedicação necessária para execução desta tarefa.

E principalmente ao meu esposo Felipe e à minha filha Sophia, que me deram apoio, ao compreender os momentos de ausência.

**AGRADEÇO**

“A loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana. Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal. Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco. Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido. Ter consciência dela e ela ser grande é ser gênio.”

Fernando Pessoa

## RESUMO

O trabalho tem como objetivo analisar historicamente a estruturação da Política de Saúde Mental no Amazonas, tendo como foco a Reforma Psiquiátrica ocorrida principalmente em Manaus. O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Amazonas iniciou no final da década de 1970, por um grupo de psiquiatras e profissionais do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, que se inspiraram nas ideias da Reforma Psiquiátrica. Ideias que possibilitaram o surgimento de uma Política de Saúde Mental no Brasil, a partir do questionamento das formas de tratamento da loucura e de uma proposta de desinstitucionalização, que culminaram no projeto de Lei Paulo Delgado em 1989. Lei que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. No Amazonas, a lei estadual de saúde mental nº 3.177 só foi sancionada no ano de 2007 e ainda não logrou êxito em garantir a implantação de serviços substitutivos em número suficiente para atender a demanda em saúde mental, principalmente na capital de Manaus. A metodologia utilizada foi de pesquisa documental e de história oral. Foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais que atuam ou atuaram na saúde mental do Amazonas. O trabalho está organizado na forma de dois artigos científicos: O primeiro é dedicado ao levantamento da história da Política de Saúde Mental do Estado do Amazonas desde o final do século XIX e busca descrever o contexto da Política de Saúde Mental no Brasil e no Amazonas no período do Movimento da Reforma Psiquiátrica até a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica. O segundo centra-se na descrição e análise do processo de constituição da Política de Implantação dos Centros de Apoio Psicossocial - CAPS e demais serviços substitutivos, bem como no processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado, na identificação dos principais atores e suas estratégias na efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas. Os dois artigos trazem elementos para a compreensão da Política de Saúde Mental e a estruturação da Reforma Psiquiátrica no estado. Concluímos que a história da saúde mental no Estado é produto da relação e conflitos entre os atores e a gestão da política, trazendo prejuízos para a efetiva realização da reforma psiquiátrica.

**PALAVRAS CHAVE:** Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, História da Saúde, Política de Saúde, Amazônia.

## **ABSTRACT**

The work aims to historically analyze the structure of the Mental Health Policy in the Amazon, focusing on the Psychiatric Reform that took place mainly in Manaus. The Psychiatric Reform Movement in the Amazon began in the late 1970s by a group of psychiatrists and psychiatric professionals at the Colônia Eduardo Ribeiro Hospital, which were inspired by the ideas of the Psychiatric Reform. Ideas that made possible the emergence of a Mental Health Policy in Brazil, from the questioning of the crazy forms of treatment and a proposal of de-institutionalization, culminating in Law Paulo Delgado project in 1989. Law that redirects the mental health care, focusing on offering treatment in community-based services, and provides for the protection and rights of people with mental disorders, but does not establish clear mechanisms for the phasing out of asylums. In Amazonas, state law No. 3177 was enacted only in 2007 and still did not succeed in ensuring the implementation of substitute services in sufficient numbers to meet the demand for mental health, especially in the capital of Manaus. The methodology used was documentary research and oral history. Interviews were conducted with managers and professionals who work or worked in the mental health of the Amazon. The paper is organized in the form of two papers: The first is devoted to the survey of the history of the Mental Health Policy Amazonas State since the late nineteenth century and seeks to describe the context of the Mental Health Policy in Brazil and in the Amazon Movement of the period of psychiatric reform until the publication of Psychiatric Reform Law. The second focuses on the description and analysis of the maintenance process of the Implementation Policy Psychosocial Support Centers - CAPS and other alternative services as well as in the psychiatric deinstitutionalization process in the state, the identification of the main actors and their strategies in the execution of Psychiatric Reform in the Amazon. The two articles bring elements to the understanding of mental health policy and the structuring of the psychiatric reform in the state. We conclude that the history of mental health in the state is the product of the relationship and conflicts between the actors and the management of policy, bringing losses for the effective realization of the psychiatric reform.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform, Mental Health, Health History, Health Policy, Amazon.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
OBJETIVOS .....	19
Artigo 01 – A história da Política de Saúde Mental no Amazonas: da Institucionalização à Reforma Psiquiátrica .....	20
Artigo 02 – O processo de desinstitucionalização da loucura e de implantação dos serviços substitutivos no Amazonas. ....	66
BIBLIOGRAFIA .....	115
APÊNDICES .....	117
A – Roteiro para Entrevista com profissionais de saúde da área .....	117
B – Roteiro para Entrevista com Gestor Estadual de Saúde Mental .....	118
C – Roteiro para Entrevista com Gestor Municipal de Saúde Mental .....	119



## INTRODUÇÃO

Historicamente, a compreensão e os modos de lidar com a loucura sempre foram um grande desafio tanto para a sociedade quanto para o meio científico. Segundo Foucault (1979), antes do século XVIII, ou seja, na idade clássica, a loucura não era internada sistematicamente, a não ser que tomasse formas perigosas ou extremas.

No século XIX se estabeleceu a função do hospital psiquiátrico, como lugar de diagnóstico, classificação das doenças mentais e de tratamento. E se antes, as práticas de exclusão e isolamento eram os meios da sociedade lidar com a loucura, com o surgimento do hospital psiquiátrico e da psiquiatria como aparato social científico buscava-se outra forma de resposta ao problema da loucura.

A partir do século XX, após a guerra mundial, as práticas desenvolvidas pelos saberes especializados foram questionadas, e diversas outras formas de cuidado foram sendo propostas, evoluindo de instituições onde eram depositados os ditos “loucos” até práticas de reintegração e atenção comunitária. A justificativa da mudança se deu pela necessidade de recuperar a mão-de-obra invalidada pela guerra na reconstrução dos estados nacionais (LOPES, 2011).

Na década de 1970 surge o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir de denúncias das condições de tratamento dos pacientes, gerando uma mobilização de luta antimanicomial que buscava dar outra resposta social ao problema da loucura. O movimento propunha um modelo não asilar, ou seja, buscava evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário. A questão principal era agenciar o problema social da loucura de modo a permitir o louco manter-se, como se diz, na sociedade. As razões pelas quais a psiquiatria não foi capaz de oferecer essa outra resposta são inúmeras que não cabe aqui enumerá-las. Porém, de

modo geral, a reforma psiquiátrica tem enfrentado com mais eficácia essa questão (TENÓRIO, 2002).

Com a inflexão do movimento da Reforma Psiquiátrica, foi possível a construção de uma Política de Saúde Mental no Brasil, pois este trazia em seu bojo a incorporação da proposta de desinstitucionalização da loucura e da busca de alterar o modelo assistencial em saúde mental, a partir da implantação de serviços substitutivos, que favorecessem a inserção da pessoa em sofrimento ou transtorno mental<sup>1</sup> na sociedade.

Borges (2007) destaca que é recente a possibilidade de se falar em políticas de saúde mental, já que é uma conquista atribuída a um processo que convencionamos chamar de reforma psiquiátrica. E, se hoje falamos em reforma psiquiátrica, é porque houve, primeiramente, um momento em que a psiquiatria se firmou enquanto instituição legítima, e, num segundo momento, foi colocada sob questionamento e reavaliada. Agora podemos abordar os produtos dessa história: críticas, negações, atos e propostas.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que lutava pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, era formado por profissionais que questionavam as condições de atendimento aos pacientes e à supremacia dos hospitais psiquiátricos privados, com um grande investimento público deste setor – o que ficou conhecida como a chamada ‘Indústria da Loucura’.

No Estado do Amazonas, segundo Lopes (2011), esse mesmo movimento teve repercussão, mas com a diferença de que aqui não se questionava a supremacia dos hospitais privados, e sim a mobilização contra a corrupção administrativa presente na Colônia Agrícola, e a denúncia de situações de violência institucional. Com a

---

<sup>1</sup> O termo utilizado para se referir aos portadores de transtornos mentais foi mudando ao longo de décadas. Utilizaremos nessa dissertação o termo ‘pessoa em sofrimento ou transtorno mental’, que é a denominação utilizada na portaria nº 3.088/2011 que institui as redes de atenção psicossocial. Outros termos aparecerão ao longo do trabalho em citações, em respeito às fontes consultadas.

mobilização social, em 1980, inicia-se um processo de mudança administrativa na Colônia. O mesmo passou a ser chamado Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, e o trabalho realizado pelos internos começou a ser remunerado. Houve uma mobilização da opinião pública quanto da violência institucional, reivindicando a incorporação de práticas de humanização e de democratização das questões administrativas (LOPES, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, o histórico da Reforma Psiquiátrica se dá através de duas fases: **(I) crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991); (II) início da implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)**. Em abril de 2001 se dá a promulgação da *lei de Saúde Mental* (nº 10.216) (BRASIL, 2005). Apesar da demora da aprovação da Lei Nacional, sete estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico de internação pelo tratamento em outros dispositivos e serviços.

Foram criadas 11 portarias que regulamentavam o fechamento de hospitais que não tivessem condições mínimas de funcionamento. Foram propostas a criação de dispositivos como Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, Núcleos de Atenção Psicossociais - NAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT (BRASIL, 2005). Porém, segundo observamos na documentação e nas entrevistas, o Amazonas não seguiu essas orientações, apesar de ter sido pioneiro no Movimento da Reforma Psiquiátrica e um dos primeiros a discutir uma lei de Saúde Mental no ano de 2000.

A aprovação da Política Estadual de Saúde Mental no Amazonas se deu através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003 do Conselho Estadual de Saúde. Em 2007 foi votada a Lei Estadual de Saúde Mental nº 3.177 pela Assembleia Legislativa do Estado, publicada no Diário Oficial do Estado - DOE de 11 de outubro de 2007. Essa Lei foi sancionada pelo governador Eduardo Braga no mesmo ano. A lei não foi totalmente

implantada, pois não conseguiu garantir os direitos das pessoas em sofrimento ou transtorno mental, não implantou os serviços substitutivos em saúde mental que atendessem a demanda estadual e não conseguiu avançar na questão do cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Segundo informações da Coordenação Estadual de Saúde Mental (2014), o Amazonas necessitaria de ter mais serviços de assistência integral, devido à população. Estima-se que há 406.689 pessoas portadoras de transtornos mentais graves e leves, 271.126 pessoas que necessitam de tratamento devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e 677.815 pessoas que necessitam de tratamento no campo da saúde mental, numa população de 3.389.072 habitantes, distribuída nos 62 municípios do estado. Esses dados apontam para a necessidade de formulação de políticas públicas intersetoriais voltadas para uma assistência integral, considerando as especificidades regionais para a sua efetivação no Amazonas.

Na pesquisa nos deparamos com alguns textos sobre a temática da história da política de saúde mental no Amazonas. As produções científicas abordam o tema da história da política de saúde mental de modo fragmentado. No levantamento bibliográfico localizamos duas Dissertações de mestrado e quatro artigos. Os artigos privilegiam a avaliação da implantação dos CAPS a partir da mudança de paradigma da Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

A dissertação de Mestrado foi apresentada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, de autoria de Luciana Oliveira Lopes, intitulada ‘Análise da prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica’, foi defendida em 2011. Esse trabalho discorre sobre a análise de prática terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial, a partir dos pressupostos teóricos da desinstitucionalização. O trabalho

apresenta uma revisão dos pressupostos teóricos e uma análise do processo histórico-social da Reforma Psiquiátrica no Estado do Amazonas. Assim como uma descrição da organização do serviço de saúde mental territorial no cotidiano e a análise do trabalho da equipe multiprofissional. Por fim, trabalho analisa o percurso terapêutico de um usuário do serviço substitutivo em saúde mental do Estado do Amazonas.

A dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, de autoria de Rogelio Casado Marinho Filho, intitulado ‘Cidade e Loucura: espacialização da doença mental e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus’ foi defendida em 2011. A dissertação está estruturada em cinco ensaios: História e Memória da Psiquiatria no Estado do Amazonas; Análise da desinstitucionalização psiquiátrica e da apropriação simbólica do espaço social no Estado do Amazonas; Experiências inovadoras no processo de desinstitucionalização psiquiátrica; Do trabalho protegido à Economia Solidária em Saúde Mental, no processo de Desinstitucionalização Psiquiátrica no Estado do Amazonas; Conjugação entre as categorias de espacialização e desinstitucionalização.

O artigo ‘Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Reforma Psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos envolvidos’ de autoria de Adriana Soares Caetano e col (2011), que teve como objetivo investigar a visão dos diferentes profissionais inseridos em um CAPS do Estado do Amazonas sobre a Reforma Psiquiátrica e sua forma de atuação dentro dessa nova perspectiva de tratamento do portador de sofrimento psíquico.

O segundo artigo intitulado: ‘Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial’, Lopes Neto e col., em Cadernos Brasileiros de Saúde Mental (2009), que teve como objetivo descrever a organização e

as atividades terapêuticas individuais, grupais, familiares e comunitárias desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Amazonas.

O terceiro artigo intitulado ‘Entre a atenção à saúde e a legalidade: a atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte I)’, de autoria de Randiza Santis Lopes (2013), que teve como objetivo discutir sobre a reforma psiquiátrica no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da cidade de Manaus, procurando dar voz aos envolvidos no processo de assistência ao interno sob medida de segurança.

O artigo ‘Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus’, é de autoria Maíra Stivaleti Colombarolli e col (2010). O artigo apresenta um panorama da situação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) instituído na cidade de Manaus (AM) e a implantação dos princípios da reforma psiquiátrica na cidade. O objetivo foi trazer à tona as condições que constituem empecilho para o adequado funcionamento do centro e para o êxito da reforma psiquiátrica. Os autores analisam a visão dos profissionais inseridos nesse serviço de saúde. Um dos resultados foi a detecção de lacunas referentes à implantação da rede de assistência em saúde mental na cidade, impedindo que o CAPS proporcione o serviço especializado para o qual foi criado. Outra conclusão é a falta de integração da rede de saúde municipal nas políticas públicas.

Em termos metodológicos, a pesquisa se desenvolveu através da análise documental e pela metodologia da História Oral. Spink destaca a importância da análise documental, que não deixaria a desejar em relação aos dados coletados através da fala do sujeito: “[...] um recorte de jornal ou o diário oficial de um governo são tão representativos (no sentido de estar presente) quanto uma entrevista ou discussão em grupo. Nenhum é mais representativo do que o outro” (SPINK 1997, p. 124).

Ainda de acordo com o mesmo autor, os documentos de domínio público são, portanto, produtos sociais que se tornam públicos e que são capazes de refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia-a-dia ou, no âmbito das redes sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal. Ainda, segundo a mesma autora, os jornais diários:

(...) tendem a guardar suas edições durante anos, o que permite aos pesquisadores voltarem a eles de forma mais ordenada, buscando compreender as entrelinhas dos movimentos políticos, econômicos e sociais sutis, e às vezes não tão sutis, alterações nas práticas discursivas. Tempo, aqui, não precisa ser medido em anos ou partes de um século; às vezes, seguir o cronômetro interno das ações (seus horizontes próprios) pode ser uma fonte de questões e reflexões (SPINK, 1997, p. 139).

De acordo com VÍctora et. al. (2000, p. 72), “são objeto de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, regulamentos) e públicos (livros, jornais, revistas, discursos)”. Uma das principais vantagens da pesquisa documental é o meio como se elabora o seu conteúdo, e o fato do mesmo estar sempre disponível para a análise. A coleta do material de interesse, através da fonte documental, é mais rápida, garantindo-se, portanto, maior controle e domínio por parte do pesquisador. É relevante pensar que a historicidade não se deu pronta ao homem.

Recorremos a documentos oficiais do município de Manaus e do Estado do Amazonas, assim como artigos do jornal ‘Amazonas em tempo’ de autoria do psiquiatra Rogelio Casado. Esse autor foi um dos atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica Amazonense, publicando matérias sobre o tema de saúde mental no período de 2000 a 2010. Deste modo, tornou-se possível proceder a uma análise documental do processo ocorrido no Amazonas, permitindo a compreensão da história da Política de Saúde Mental do Estado.

Na pesquisa documental consideramos leis, portarias e decretos publicados no Diário Oficial do Estado relacionados ao programa estadual de Saúde Mental, relatórios, atas de reunião, propostas de intervenção, ofícios produzidos pelas instituições de referência à assistência - CPER, arquivo de jornais impressos com notícias sobre o tema no período de análise. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (apêndice A, B e C) com gestores de saúde mental a nível estadual e municipal e com profissionais de saúde mental que foram atores no processo de Reforma Psiquiátrica no estado.

Na história oral sobre o período analisado, realizamos entrevistas com atores e gestores que estão ou estavam à frente da política e dos movimentos de reforma psiquiátrica de saúde mental. Verificamos que uma parte da história está registrada na memória de personagens que militam ou militaram nessa luta. Considerar o relato dos representantes governamentais e profissionais de saúde mental foi imprescindível no entendimento do contexto social – de certo modo também político - da Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

Em relação à utilização da história oral como metodologia de pesquisa consistiu na possibilidade de se realizar entrevistas gravadas com pessoas que pudessem testemunhar sobre acontecimentos, conjunturas, instituições, modos de vida ou outros aspectos da história contemporânea. As entrevistas de história oral foram tomadas como fontes para a compreensão do passado, ao lado de documentos escritos, imagens e outros tipos de registro. Cabe ressaltar que não é qualquer tipo de entrevista que se caracteriza como História Oral, essa só é assim considerada quando houver um projeto que reconheça sua intenção, determine os procedimentos e a devolução pública dos resultados, segundo Alberti (2004).



Para Meihy (2002), História oral é um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva. Na história oral, o objeto de estudo do historiador é recuperado e recriado por intermédio da memória dos informantes; a instância da memória passa, necessariamente, a nortear as reflexões históricas, acarretando desdobramentos teóricos e metodológicos importantes. Sendo que a força da história oral é dar voz àqueles que normalmente não a têm: os esquecidos, os excluídos ou, retomando a bela expressão de um pioneiro da história oral, Nuno Revelli, os « derrotados ». Que ela continue a fazê-lo amplamente, mostrando que cada indivíduo é ator da história (FERREIRA, 2000; 2001).

A grande dificuldade de aliar as fontes históricas tradicionais ao depoimento oral é que, em princípio, a fonte da memória é constitutivamente distinta da fonte histórica pela dimensão do próprio efeito que os fatos, acontecimentos ou situações desencadeiam. A memória coletiva ou individual, ao reelaborar o real, adquire o que essa representação provoca social e individualmente (MONTENEGRO, 2001). A partir da utilização das fontes orais e da análise qualitativa dos principais conceitos abordados, a saber, memória coletiva como fato social e história como recursos metodológicos, conseguimos elementos para a análise histórica.

Segundo Halbwachs, a memória coletiva “é uma faculdade exclusiva daqueles que presenciaram os eventos. A memória coletiva é também uma representação do passado e a forma como ele é reconstituído” (HALBWACHS, 2006 apud CASTRO, 2010, p.16). Halbwachs destaca que a memória coletiva:

Os elementos da memória coletiva não conduzem a datas, a nomes ou fórmulas – eles representam correntes de pensamento e de experiências em que nos reencontramos com o passado e resultam da transmissão das memórias de cada indivíduo acerca de um mesmo evento para todo um grupo. Trata-se de uma reinvenção subjetiva da realidade e que não pode ser

confundida com a História, pois ao lado de uma História escrita existe uma História viva, que se perpetua ou se renova na linha do tempo e pode produzir futuramente novas interpretações, justamente pela existência de uma memória coletiva, que ele define como um sistema de lembranças sobre fatos ocorridos. Esses eventos dizem respeito a nós e aos outros. Isto é: a História é contada na terceira pessoa e a memória é uma narrativa na primeira pessoa (HALBWACCS, 2006, p.16).

Fizemos a opção por organizar a dissertação no formato de dois artigos, por acreditar que este é um modelo mais objetivo que o modelo de relatório tradicional, preenchendo de forma mais prática e rápida a lacuna de conhecimento sobre a história da Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

O primeiro artigo é dedicado à análise da História da Política de Saúde Mental no Estado do Amazonas desde o final do século XIX, com a descrição do contexto da Política de Saúde Mental no Brasil e no Amazonas. Esse artigo teve como objetivo descrever a história das instituições de saúde mental, iniciando com o primeiro manicômio denominado Barão de Manaós, em 1889, até a aprovação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica. O segundo artigo é dedicado à análise do processo de constituição da Política de Implantação dos CAPS e demais serviços substitutivos e a desinstitucionalização psiquiátrica no Amazonas. O artigo teve como objetivo à identificação dos principais atores e de suas estratégias na efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

Um dos resultados desse estudo é a identificação dos entraves à Reforma Psiquiátrica no Amazonas bem como para a efetivação da Política de Saúde Mental de nº 3.177 de 06 de outubro de 2007. Esse estudo possibilitou também a análise do processo de desinstitucionalização psiquiátrica do Amazonas e as dificuldades da efetivação de uma rede de Atenção Psicossocial. O levantamento histórico forneceu elementos para analisar o Processo de Reforma Psiquiátrica do Amazonas e a

contribuição dos profissionais de saúde na mudança de paradigma da assistência em saúde mental.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Analisar historicamente a estruturação da Política de Saúde Mental no Amazonas, tendo como foco a Reforma Psiquiátrica.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a História da Política de Saúde Mental no Estado do Amazonas desde o final do século XIX;
- Descrever o contexto da Política de Saúde Mental no Brasil e no Amazonas no período do Movimento da Reforma Psiquiátrica até a publicação da Lei nº 10.216 da Reforma Psiquiátrica;
- Analisar o processo de constituição da Política de Implantação dos CAPS e demais serviços substitutivos e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Amazonas;
- Identificar os principais atores e suas estratégias na efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas.

## **A História da Política de Saúde Mental no Amazonas: da Institucionalização à Reforma Psiquiátrica**

Este primeiro artigo é dedicado a descrever contexto histórico, social e político na época do surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica no Estado do Amazonas, sempre relacionando o cenário local com a realidade nacional e global no qual o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou espaço e força ao longo dos anos. Pretendemos apresentar a *Revista Saúde em Redes – Rede Unida*.

# **A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO AMAZONAS: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

## **RESUMO:**

O presente artigo buscou descrever o contexto da Política de Saúde Mental no Brasil e no Amazonas, bem como analisar a História da Política de Saúde Mental no estado do Amazonas, contextualizada na trajetória das políticas de saúde no Brasil, com suas conexões com o sistema econômico, político e social do país. O Brasil é internacionalmente reconhecido pela busca de mudança de paradigma de assistência em saúde mental que privilegie o tratamento no território a partir de uma rede de atenção psicossocial, buscando garantir os direitos, a cidadania e a inserção da pessoa em sofrimento ou transtorno mental na comunidade. O Amazonas na década de 1980 teve algumas iniciativas embrionárias daquilo que mais tarde seria denominada como Reforma Psiquiátrica, mas na década de 1990 estagnou e perdeu o foco. A discussão foi retomada a partir de 2000 quando se insere novamente no debate sobre Processo de Reforma Psiquiátrica. A mobilização levou a formulação da Política Estadual de Saúde Mental aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003, que objetivava a desinstitucionalização da loucura através da implantação dos serviços substitutivos. No entanto o projeto de lei estadual de saúde mental n 3.177 foi sancionado apenas em 2007, e segundo os atores dessa Reforma não foi efetivada, sendo que a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial só se deu em 2005, no município de Parintins e em 2006, no município de Manaus. O período histórico analisado foi entre o século XIX até os dias atuais, com o objetivo de analisar o processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas e a respectiva efetivação dessa política visando a desinstitucionalização da assistência em saúde mental. Segundo as fontes documentais e orais a política de saúde mental no Amazonas teve uma influência da agenda política dos governantes (tanto estadual quanto municipal) e dos conflitos entre os diferentes atores envolvidos na temática. Isso tem impactado na implantação dos serviços e na sobrecarga no atendimento de urgência psiquiátrica.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

Política de Saúde, Saúde Mental, História da Saúde, Amazônia.

# **THE HISTORY OF MENTAL HEALTH POLICY IN THE AMAZON: INSTITUTIONALIZATION OF THE PSYCHIATRIC REFORM**

## **ABSTRACT**

This paper aims to describe the context of the Mental Health Policy in Brazil and Amazonas, and to examine the history of mental health policy in the state of Amazonas, contextualized in the trajectory of health policies in Brazil, with its connections to the economic system, political and social of the country. Brazil is internationally recognized by search assistance paradigm shift in mental health treatment that favors the territory from a network of psychosocial care, seeking to secure the rights, citizenship and the inclusion of the person in distress or mental illness in the community . The Amazon in the 1980s had some embryonic initiatives of what would later be termed as psychiatric reform, but in the 1990s stagnated and lost focus. The discussion was resumed from 2000 when it again enters in the debate about process of Psychiatric Reform. The mobilization led to the formulation of the State Mental Health Policy approved by the State Board of Health through the CES Resolution No. 037 of 04/11/2003, which aimed to institutionalize madness through the implantation of substitute services. However the state bill of mental health n 3177 was sanctioned only in 2007, and according to the actors of this reform was not honored, and the implementation of the first Psychosocial Care Center came only in 2005, in the city of Parintins and 2006 in the city of Manaus. The analyzed historical period was between the nineteenth century to the present day, in order to analyze the process of psychiatric reform in the Amazon and their effectiveness of this policy aimed at deinstitutionalization of mental health care. According to the documentary and oral sources to mental health policy in Amazonas had an influence on the political agenda of governments (both state and municipal) and conflicts between the different actors involved in the issue. This has impacted on the deployment of services and overhead in psychiatric emergency care.

### **KEYWORDS:**

Health Policy, Mental Health, History of Health Amazon.

## 1. Introdução

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

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

A partir da análise do contexto histórico, social e político do surgimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Amazonas buscou-se compreender como as respostas locais foram moldadas pelas mudanças ocorridas na Política Nacional através de pesquisa de fontes documentais, narrativas orais e da utilização da memória coletiva.



O Amazonas mesmo tendo apresentado uma proposta embrionária, ainda na década de 1980, daquilo que seria conhecida posteriormente como Reforma Psiquiátrica e sendo pioneiro na formulação de uma Política Estadual de Saúde Mental, não conseguiu efetivar a política de saúde mental. O Conselho Estadual de Saúde aprovou a Política Estadual através da Resolução CES n° 037 de 04/11/2003, que posteriormente foi aprovada a lei de saúde mental estadual de n° 3.177 de outubro de 2007, que tem como diretrizes a Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Desse modo, podemos deduzir que falta de efetividade da política de saúde mental se deu muito pela desarticulação entre os diversos atores e as instituições de assistência e cuidado. Por outro lado, a falta de priorização da gestão estadual e municipal na desinstitucionalização psiquiátrica tem produzido uma reduzida capacidade de implantação dos serviços substitutivos e estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, dificultando a efetivação da Reforma Psiquiátrica no estado.

## **2. História da Política de Saúde Mental do Brasil**

No Rio de Janeiro, em 1830, segundo Gonçalves (2013), iniciou o debate acerca do tratamento aos alienados mentais reclusos na Santa Casa de Misericórdia, e também se questionava sobre o acesso livre dos loucos nas ruas. Nesse momento, se discutiu a necessidade da criação de um estabelecimento especializado, que dispensasse uma devida atenção ao tratamento do doente mental e que tirasse das ruas os loucos, com o argumento da sua periculosidade. Envoltos nessas inquietações os médicos lançaram o lema ‘aos loucos o hospício’.

Dom Pedro II cria, através do decreto de 1841, o Hospício Pedro II, sendo o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina. O hospital tinha em sua concepção o modelo de estrutura e tratamento aplicado nas instituições asilares

estabelecidas na França (GONÇALVES, 2013). Segundo Pereira (2004) as transformações vivenciadas no panorama francês bem como o advento das leis referentes aos doentes mentais influenciaram outras legislações nacionais como do Brasil. Aponta Pinel como responsável por influenciar a reflexão da loucura enquanto fenômeno médico e foi através do seu pensamento que a loucura passou a ter um objetivo médico e científico, portanto, tratável e recuperável. Esse modelo propunha, portanto, uma transformação nos espaços de reclusão.

Oda e Dalgarrondo (2005) apontam que do ano de 1852 a 1886 foram criados hospícios para alienados em diversas províncias no Brasil. Os relatórios elaborados pelos então diretores e médicos responsáveis por tais instituições denunciam a incapacidade dos estabelecimentos em lidar com a demanda dos doentes mentais. Os problemas identificados foram: superlotação, mistura de loucos, indigentes e presos, dificuldades financeiras e tratamento desumano.

Devera e Costa-Rosa (2007), afirma que a partir de 1881, o Estado Brasileiro passou a controlar o hospício, cuja designação passou a ser Hospício Nacional de Alienados a partir da proclamação da República, visto que, o antigo nome era uma homenagem ao então Imperador do velho regime. Em 1886 foi criada a *primeira Lei brasileira do alienado*, sendo esta conquistada através da articulação política do deputado Teixeira Brandão, que foi o primeiro psiquiatra diretor do Hospício e defendia a medicalização do asilo. “Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido” (Machado et al, 1978, p. 484)

Em 1903 é aprovada a *Lei Federal de Assistência aos alienados n.º 1132, de 22/12/1903*, que buscava reorganizar a assistência aos alienados. No seu primeiro artigo estabelecia que “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida,

comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, seria recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903). Esta lei acompanhava o processo de sanitização e higienização do espaço urbano.

Oliveira (2013) aponta o crescimento desordenado das instituições psiquiátricas ocorrido após a proclamação da república como fato marcante na história da saúde mental brasileira. Destaca que foi nesse período que a psiquiatria estabelece como palco de investigação das doenças mentais, buscando firmar-se enquanto especialidade médica e tendo o hospital psiquiátrico como ambiente de atuação.

Sobre as mudanças no campo da saúde mental desse período, Sampaio destaca:

O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações ‘hospício’, ‘asilo’, ‘retiro’ ou ‘recolhimento’, reconhecendo a categoria ‘hospital’. Buscavam-se novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante até então. E foi nesse período que os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica eram introduzidos em nosso país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia, e tentavam afirmar para o psiquiatra sua função médica verdadeira (SAMPAIO apud PAULIN & TURATO 2004, p. 244).

A mudança de um papel meramente custodial para o desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas, buscavam tratar os ‘loucos’ e não apenas isolá-los da sociedade. Nesse período eram cada vez mais frequentes os quadros de superlotações e de péssimas condições nos quais viviam nessas instituições até então, o que levou a aprovação da lei nº 8.550 de 1946 que ocasionou o crescimento acelerado de hospitais psiquiátricos.

Na concepção de Paulin e Turato (2004), esse crescimento se deu em virtude do decreto de *Lei nº 8.550 de 1946* autorizar o Serviço Nacional de Doenças a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Nesses convênios os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as

despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos.

Segundo Dias (2007 apud 2012), essa lei estimulava a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais, com o objetivo de consolidar a política macrohospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental. A difusão e expansão desse modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia e da prática especializada foi muito influenciada pela tendência capitalista dos Estados Unidos.

No período de 1941-1954, houve um aumento de mais de 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Porém a criação de novos hospitais não amenizou a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 1950 os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. A função social do hospital psiquiátrico era basicamente de exclusão (PAULIN & TURATO, 2004).

Num contexto de modernização da sociedade, Juscelino Kubitschek ao assumir o poder no período de 1956-1961, implanta uma política de industrialização, urbanização e desenvolvimento. Assim, a democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental, onde um novo ator institucional começa a despontar: o hospital psiquiátrico privado.

Com o despontar do hospital psiquiátrico privado na história da assistência em saúde mental, Devera e Costa-Rosa (2007) destaca o remanejamento dos pacientes para instituições privadas, através de convênios firmados com hospitais psiquiátricos particulares, tornando assim a loucura como algo totalmente rentável. Gonçalves (2013)

informa que a primeira casa de saúde particular foi fundada em 1843 para atender pacientes com situação econômica favorável.

Sobre a indústria da loucura, o crescimento acelerado dos hospitais psiquiátricos, as precárias condições institucionais e o tratamento dos pacientes, Amarante declara que:

Depois do golpe militar de 64, o setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direito dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em enfermarias. 'A indústria da loucura', como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo em que os investimentos no setor público começava a diminuir (AMARANTE, 2006, p. 33).

Ao traçar um panorama do crescimento vegetativo dos hospitais psiquiátricos públicos e privados, Sampaio destaca o aumento substancial no período de 1961 a 1981 no número de leitos psiquiátricos nos hospitais privados. Pois de 19,3% de leitos em 1941 sobe para 24,9% em 1961 e para 70,6% em 1981. Esses dados demonstram a mudança do perfil assistencial psiquiátrico no país – assim como o da saúde pública, sendo que o movimento militar de 1964 constitui um ponto de inflexão, por romper com o modelo de poder desenvolvimentista-populista e introduzir uma nova concepção capitalista-monopolista, com repercussões significativas na área previdenciária e de saúde mental (SAMPAIO apud PAULIN & TURATO 2004, p. 245).

O governo militar buscou sua legitimação como poder político junto aos grupos sociais excluídos. Para isso, investiu-se na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam. Fez isso através da contratação dos serviços de saúde da rede privada e da garantia da cobertura previdenciária às classes trabalhadoras o que refletiu diretamente na área da saúde mental.

O ano de 1962 marca o lançamento pela Previdência Social da resolução de serviço CD/DNPS 942/62 — Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais, com o objetivo de disciplinar a assistência psiquiátrica e focar o aspecto preventivo, bem como determinar que o seu desenvolvimento ocorresse em ambulatorios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais. Contudo, isso nunca foi operacionalizado. (PAULIN & TURATO, 2004).

As propostas da psiquiatria comunitária, efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, marcaram o Brasil no início da década de 1970. A ênfase dessa proposta era a promoção da saúde mental como um novo objeto de ação. As propostas preventivistas foram referência para as políticas de assistência no Brasil. Contudo, a situação da assistência psiquiátrica no país, na época, apresentava níveis alarmantes como falta de especialistas e péssimas condições de internação. A política previdenciária além de levar a um déficit financeiro devido à priorização de compra de serviços dos hospitais privados, também evidenciava às precárias condições que viviam os portadores de transtornos mentais com um elevado tempo de permanência dos casos agudos nos hospitais bem como um índice elevado de mortalidade nas colônias de doentes crônicos de transtornos mentais.

Diante de um elevado déficit financeiro, a Previdência Social se viu obrigada a buscar soluções saneadoras para melhor utilização da rede pública e modernização de suas unidades, e em 1968 cria no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos — CPAP-GBM —, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado e fazer propostas de melhoria da assistência, lançando mão de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária norte-americana.

O estudo feito pela CPAP-GBM teve como produto, o Manual de serviço para a assistência psiquiátrica, que consagrava os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil. Aprovado em 19 de julho de 1973 pela Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o manual:

(...) privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra-hospitalares e objetivava recuperar rapidamente o paciente para que ele voltasse às suas atividades normais. Nos casos em que fosse necessária a internação, esta deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços, evitando-se a internação em hospitais com mais de 500 leitos. Na alta, o paciente seria imediatamente encaminhado para atendimento ambulatorial (PAULIN & TURATO, 2004, p.250).

Nessa nova proposta propunha-se a estruturação básica do preventivismo por meio das atenções primária, secundária e terciária, contemplando programas assistenciais específicos e incentivava-se também a formação de equipes multiprofissionais e serviços extra-hospitalares como ambulatórios, emergências, pensões ou lares protegidos. A internação integral seria feita, quando necessária, nos hospitais gerais ou psiquiátricos não podendo ultrapassar o período de no máximo 180 dias, após o qual se deveria proceder à reavaliação do paciente por uma junta médica.

O manual que foi saudado como um fato histórico para a assistência psiquiátrica, nunca saiu das intenções, conforme denunciou Cerqueira:

(...) elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/73, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados (CERQUEIRA *apud* PAULIN & TURATO, 2004, p. 251).

A década de 1970 poderia ser caracterizada pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica

comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. A expedição em janeiro de 1974 da portaria 32 do Ministério da Saúde, por intermédio da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM, definia esta divisão como órgão normatizador e preconizava os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. Essa portaria nada mais era do que a reedição de documentos anteriores, como o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, o Plano Decenal de Saúde para as Américas e as Declarações de Princípios da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil.

Sobre a não implementação da prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica, é destacado:

Mais de uma vez essa situação foi denunciada pelos assessores da área de saúde mental. Nos encontros anuais de psiquiatria do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, entre 1976 e 1978, eles demonstraram em seus relatórios que nada do que fora proposto tecnicamente se aplicara (PAULIN & TURATO, 2004, p. 256).

As recomendações apresentadas nesses relatórios eram a repetição integral dos programas elaborados pela própria Previdência, mas nunca viabilizados. Propunha-se ênfase na assistência extra-hospitalar, por meio de dotação orçamentária para a implantação desses serviços e reestudo para a funcionalidade de modelos assistenciais, como prontos-socorros e hospitais-dia. No último encontro, realizado em 1978, os assessores novamente lamentavam a falta de verbas para executar os serviços extra-hospitalares, já que elas se destinavam às hospitalizações. Paulin & Turato, conclui que a proposta preventivista surgida na política de saúde mental no Brasil criou as bases para o surgimento da Reforma Psiquiátrica brasileira:



A proposta preventivista que começava a surgir na política de saúde mental em nosso país trouxe em si contradições, avanços e retrocessos, os quais se tornariam mais aguçados no final dos anos 1970, quando a reorganização da sociedade civil, o enfraquecimento do governo militar e as novas reflexões e experiências da saúde pública — bem como da saúde mental — viriam gestar os primórdios da reforma psiquiátrica no Brasil (PAULIN & TURATO, 2004, p. 257).

### **3. Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e Lei Nacional de Saúde Mental nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica)**

A reforma psiquiátrica brasileira foi influenciada pelas reformas internacionais (através das propostas da psiquiatria comunitária e das propostas preventivistas). Para Gonçalves e Sena: “é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental” (2001, p. 49). Na década de 1970 ocorrem várias denúncias concernentes à saúde mental e assistência psiquiátrica. Nesse contexto de questionamentos e de busca por mudanças nas formas de tratar a pessoa em sofrimento ou transtorno mental é que surge a reforma psiquiátrica no Brasil.

A crise vivenciada na década de 1970 pela DINSAM, órgão destinado a formular políticas de saúde, desencadeia o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir das denúncias referentes às irregularidades e violações dos direitos humanos do Centro Psiquiátrico Pedro II, em 1978. Essas denúncias resultaram na demissão em massa de 263 funcionários e os outros 03 formalizaram a denúncia, dentre eles, o próprio Paulo Amarante (GUITTON, 2010).

Na concepção de Yasui (2006, p. 12), o processo da reforma psiquiátrica no Brasil surgiu mediante “Reflexões e provocações produzidas por estes autores/atores, especialmente por Basaglia”, e em um clima de perseguição e repressão às

manifestações de oposição ao regime. A “Reforma Psiquiátrica nasceu e se fortaleceu por meio da mobilização dos trabalhadores que, ao recusarem o papel de funcionários do consenso” (YASUI, 2006, p. 31), tornaram visíveis os dispositivos de segregação e violência das instituições psiquiátricas. Na luta pela reforma psiquiátrica destaca-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, que de acordo com Yasui (2006), discutiam acerca de uma saúde democrática.

Segundo Caetano (2011), ao se mencionar o início da luta antimanicomial no Brasil iniciado com o movimento de Reforma Sanitária no final da década de 1970, após o governo militar, que visava:

(...) o acesso irrestrito da população a saúde e que através da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e do 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987, conseguiram garantir a inclusão da estruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental, na Constituição Brasileira promulgada em 1988. (CAETANO, 2011, p. 94-95).

Um fato importante no Brasil se dá com a proclamação da Constituição, em 1988, que assegura a criação de um sistema de saúde universal, e cria em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS). No novo sistema de saúde foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de psiquiatria e saúde mental, segundo (Ministério da Saúde, 2000 apud LOPES NETO, 2009).

Cabe destacar que a 8ª Conferência de Saúde, momento importante para a consolidação do SUS, foi uma resposta à ausência de políticas sociais no país voltado à Saúde com efeitos na política de Saúde Mental. A 8ª Conferência estabeleceu também as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro, em 1987, quando foram apresentadas denúncias sobre a violência e os maus tratos a que

estavam expostos os internos dos hospitais psiquiátricos. A partir dessas duas conferências e da criação do SUS criam as condições necessárias para a Reforma Psiquiátrica, segundo Mesquita (2008).

Sobre as propostas da reforma psiquiátrica, Amarante (1997, p. 167) afirma que “1. a inversão da política nacional de saúde mental, de privatizante para estatizante e, 2. a implantação de alternativas extra-hospitalares que, neste contexto, significavam a inversão do modelo: de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional”.

Da organização dos trabalhadores em saúde mental juntamente com outras frentes, nasce o Movimento da Luta Antimanicomial com o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’, que torna bandeira de luta do movimento emergente e que anseia pela Reforma Psiquiátrica (SCARCELLI, 1998).

Diante dessa nova proposta, Borges (2007, p. 46) afirma que a reforma passou por dois momentos distintos. No primeiro buscava-se “a recuperação do manicômio enquanto local de cura através de uma reforma interna à sua organização”. Já no segundo momento, sob influência do pensamento Basagliano, objetiva-se “um olhar crítico e transformador sobre a complexidade da instituição psiquiátrica, numa proposta ampla de desinstitucionalização. Deve-se partir da irrecuperabilidade do asilo, ou hospital psiquiátrico” (p.51).

Ao analisar o processo de mudanças decorrentes do movimento da reforma psiquiátrica, é muito importante destacar dois acontecimentos que são considerados marcos da reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro deles foi à inauguração do primeiro CAPS do Brasil nomeado de Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, que segundo

Amarante (*apud* YASUI, 2006), passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo país. O segundo momento foi a intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta<sup>2</sup> em Santos/SP, que tornou-se “sede de intervenção e consequente fechamento do único hospital psiquiátrico da região, que era privado e conveniado do INAMPS” (BORGES 2007, p. 82).

O resultado desses dois eventos foi à construção da primeira rede de saúde mental no Brasil, rompendo com a lógica hierárquica herdada do modelo da psiquiatria comunitária e conseguindo dar materialidade à proposta Basagliana. Para Amarante (1998, p.34), este ato representou o início de “[...] um trabalho revolucionário semelhante àquele de Franco Basaglia na Itália. Em seu lugar foram implantadas novas maneiras de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, com os núcleos de atenção psicossocial (NAPS), abertos 24 horas nos sete dias da semana”.

Cabe destacar que a Política de Saúde Mental no Brasil está estreitamente relacionada ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, já que esta só encontrou possibilidade a partir do processo de desinstitucionalização da loucura (BRASIL, 2005). A Reforma Psiquiátrica no Brasil está intimamente ligada à história da loucura, a história da política de saúde mental e às diversas reestruturações da sociedade e do país.

---

<sup>2</sup> Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico particular situado em um complexo de 5 mil metros quadrados, conveniado com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e que mantinha mais de 500 pacientes em dependências capazes de abrigar, no máximo, 250 internos. Em maio de 1989, queixas da vizinhança com relação a gritos e relatos de maus-tratos contra os internos levaram a prefeitura a intervir no local, que foi fechado anos depois. A imprensa designou o episódio como o “fim da Casa dos Horrores”. Além da superlotação, faltavam médicos e enfermeiros. Os pacientes eram tratados com doses de remédios hoje consideradas excessivas e com terapias violentas, como o eletrochoque. Na época foi investigada a morte de três pacientes do manicômio: dois enforcados e um espancado. A Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que teve intervenção em 1989, um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas (HIRDES, 2009).

Na concepção de Yasui e Costa-Rosa (2008, p.28): “a política de Saúde Mental, construída e pactuada por diferentes atores sociais desde meados da década de 1980, preconiza e almeja profundas transformações da atenção, isto é, no atendimento e nos cuidados ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos”. Portanto, o movimento relativo às mudanças de cuidado com os portadores de sofrimento psíquico ganhou força no final dos anos setenta, criticando os paradigmas da psiquiatria clássica, que tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país.

Esse movimento dos trabalhadores em saúde mental em prol de mudanças na saúde mental culmina em 1989, com a tramitação do projeto de lei nº 3.657 pelo Deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional. O projeto propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais. Porém, somente no dia 6 de abril de 2001 foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, que substituiu o projeto original, constituindo uma das leis que norteariam a Reforma Psiquiátrica e a substituição dos modelos institucionalizados no tratamento do portador de sofrimento psíquico (CAETANO, 2011).

No cenário das políticas da reforma psiquiátrica merece destaque a declaração de Caracas que é considerado, segundo Pereira (2004), o marco histórico para as políticas públicas de saúde mental. A mesma foi pactuada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, sendo o Brasil um dos países signatários. Em uma carta redigida em comemoração aos 15 anos depois da declaração de Caracas, o governo declara:

Que a declaração de Caracas surgiu como resultado de uma análise crítica da situação da atenção em saúde mental nas Américas, que tornava imperiosa sua transformação; e considerou que a melhora da atenção era possível por meio da superação do modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico e sua substituição por dispositivos comunitários de atenção, e por ações de

defesa dos direitos humanos e inclusão social; e foi adotada por todos os países da Região das Américas (BRASIL, 2005, p. 01).

Amparada pela Lei nº 10.216/2001, a reforma psiquiátrica brasileira representa a conquista de uma luta de muitos anos pela substituição do isolamento do ser louco por um tratamento mais digno, humanizado e de re-inserção social, direcionadas pelas premissas da lógica do modo psicossocial com novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS), e através de um novo paradigma, não tendo mais a cura como meta, mas a inclusão social. (LOPES NETO, 2009).

Sobre o campo das transformações almejadas pela reforma psiquiátrica:

Não basta lutar contra o internamento do louco; para ‘abater a espessura dos muros’ do manicômio, como diz Basaglia, é preciso efetivamente superar os conceitos fundantes da psiquiatria, caso contrário veremos prevalecer em práticas não-manicomiais e fora do hospital psiquiátrico, o saber originalmente manicomial da psiquiatria (TORRE E AMARANTE, 2001, p. 60).

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

Não considero os CAPS, um avanço. O Ministério não gosta dessa fala do Paulo Amarante que eu considero super importante. Na verdade montamos vários CAPScômios. Porque só estão medicalizando e não estão realmente fazendo saúde mental. Quando vou aos municípios do interior do Amazonas e me deparo com os CAPS, me decepiono. Porque centralizado no tratamento medicamentoso, e eu acho que o ambulatório Rosa Blaya<sup>3</sup> fazia muito melhor que isso, entendeu? Fazia muito melhor do que vários CAPS que eu conheço (Ator B).

---

<sup>3</sup> Ambulatório Rosa Blaya, construído dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro na década de 1980 e que tinha como função a atenção primária e ambulatorial dos portadores de transtornos mentais (CASADO, 2011).

A partir do ano 2000, a Política Nacional de Saúde Mental redirecionou paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para o financiamento de um modelo substitutivo de base comunitária através da criação de novos serviços como: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivências, Hospitais Dia e Ambulatórios. Do mesmo modo, se realizou ações de inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde, inclusive para dependentes químicos como os usuários de álcool e de outras drogas.

Esses serviços buscam garantir o acesso dessa população aos serviços em seu território e o respeito aos seus direitos e liberdade. Sendo que a partir da política de desinstitucionalização da loucura através da desospitalização, os hospitais psiquiátricos vão sendo substituídos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

### **3.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Amazonas**

Ao abordar a Reforma Psiquiátrica, Borges (2007, p. 46) afirma que esta passou por dois momentos distintos. No primeiro buscava-se “a recuperação do manicômio enquanto local de cura através de uma reforma interna à sua organização”. Já no segundo momento, sob influência do pensamento Basagliano, objetiva-se “um olhar crítico e transformador sobre a complexidade da instituição psiquiátrica, numa proposta ampla de desinstitucionalização. Deve-se partir da irrecuperabilidade do asilo, ou hospital psiquiátrico” (p.51). É possível observar que o Amazonas estava em consonância com o primeiro momento, porém a falta de articulação entre os diversos atores, gestores e também da falta de mobilização da sociedade civil em prol da reforma psiquiátrica, são responsáveis pela dificuldade da saúde mental se tornar prioridade na agenda política tanto estadual quanto municipal, fazendo com que o estado não efetivasse a política de saúde mental estadual e o processo de desinstitucionalização.

Diante disso, apresentaremos o histórico da Reforma Psiquiátrica proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e iremos traçar um paralelo entre o que estava acontecendo no Brasil e no Estado do Amazonas, dividindo em três momentos:

**I. Entre 1978 e 1991 - crítica do modelo Hospitalocêntrico:** início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país e de denúncias pelas formas de tratamentos utilizados. Nesse período ocorrem: a implantação do 1º CAPS no Brasil na cidade de São Paulo/SP, em 12/03/1987, e de NAPS – 24 horas em Bauru/SP; as intervenções em hospitais psiquiátricos e implantação; a entrada, em 1989, no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental. No Amazonas ocorreram as principais mudanças no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, que buscava humanização do atendimento e melhoria das condições de infraestrutura. Na década de 1980 foi criado o ambulatório Rosa Blaya e o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, Grupo de Agricultura com terapia ocupacional, abertura dos portões do CPER e realizadas atividades extra-muro. Foi nomeado o primeiro coordenador estadual de saúde mental, o psiquiatra Silvério Tundis, separando à coordenação da direção do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER. Nesse período também iniciou a descentralização da assistência em Saúde Mental tanto na capital quanto no interior (HIRDES, 2009; CASADO, 2011).

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



No período não teve implantação de CAPS no Estado do Amazonas, sendo apenas descentralizado o atendimento para alguns ambulatorios estaduais e nos municípios do interior. O marco histórico foi à realização da *1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas*, em 2000. No ano de 2003 a Coordenação Estadual de Saúde Mental estabelece a parceria com a Fiocruz para a realização do primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental. O curso tinha como objetivo formar profissionais que pudessem atuar na implantação e efetivação da reforma psiquiátrica no Estado a partir do novo paradigma de assistência em saúde mental e formou duas turmas de especialistas em saúde mental. Nesse momento, também se discutiu a *Política Estadual de Saúde Mental*, antes mesmo da aprovação da Lei Nacional.

*A partir de 2001 - promulgação da lei de Saúde Mental (nº 10.216)*, em abril de 2001. A lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. No Amazonas, tivemos o pioneirismo do movimento dos trabalhadores de saúde mental, que iniciou no final da década de 1970 e início da década de 1980, resgatado a partir de 2000, e que voltou a se mobilizar para discutir e formular a *Política Estadual de Saúde Mental*, sendo aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003. Em outubro de 2007 foi sancionada a *Lei estadual de Saúde Mental nº. 3.177*.

A Lei estadual dispõe que o Estado e os Municípios devem promover a instalação e o funcionamento de rede de atenção por intermédio de dispositivos substitutivos: CAPS; emergências psiquiátricas em Hospitais-Gerais; serviços especializados em Hospital Dia; centro de convivência e cooperativa e serviços

residenciais terapêuticas. No entanto, verifica-se que esses serviços de atendimento em saúde mental ainda são limitados.

O pioneirismo da reforma psiquiátrica amazonense nas décadas de 1970-80 se deveu pelo forte desejo de mudança de um grupo de trabalhadores de saúde mental (composto por um grupo de psiquiatras e profissionais do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro), que inspirados nas ideias da Reforma Psiquiátrica italiana e brasileira, passam a se mobilizar contra a corrupção administrativa e em prol de melhores condições de tratamento. Mas o grupo perdeu o objetivo principal de reforma psiquiátrica, ocasionando a desarticulação que, segundo alguns entrevistados, prevaleceu o ponto de vista individual e não grupal.

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

Não existia e nem existe movimento de reforma psiquiátrica, o que existe são iniciativas pontuais na cidade que apontam nessa direção. A saúde mental tem muita dificuldade para se articular nesse sentido a nível municipal, estadual e com as universidades que não tem muito interesse em trabalhar com saúde mental... não tem um movimento articulado... (Ator F).

A desarticulação e o enfraquecimento do controle social são tão evidentes que teve como consequências a não participação em conferências e em eventos nacionais e regionais que tinham como objetivo a discussão e definição de políticas públicas em saúde mental. Os entrevistados também destacam que outro motivo da desarticulação foi à falta de articulação com o controle social e participação dos usuários nas discussões.

Na terceira conferência, na delegação do Amazonas só foi técnico da Saúde Mental, inclusive na vaga de usuário. E não teve participação de usuários e familiares, pois não foram chamados. Em 2010 na quarta conferência já foi diferente. Já teve participação de vários municípios e a delegação de usuários

e familiares foi legítima, assim como de trabalhadores e gestores. Aí começa a mudar (Ator C).

A partir de 2000, houve a participação dos usuários e familiares nas reuniões. Só que a nossa falha naquele momento era que a gente não compreendia bem esse processo de reforma psiquiátrica. A gente lutava por melhorias, melhorias do sistema. A gente era muito verde, eu nem sabia o que era SUS (Ator F).

A gente não consegue organizar um movimento com os trabalhadores da saúde mental e formar um controle social organizado com usuários. E a ausência de controle social é sem dúvida alguma, um dos fatores que pesa muito forte na falta de prioridade no governo para a questão da saúde mental. Tentamos trabalhar com isso nos serviços dentro do município, mas não avançou (Ator E).

Cabe destacar que, mesmo não fazendo parte da agenda de prioridades dos governantes, muitos dos gestores que assumiram os principais cargos na área de Saúde Mental, tanto do estado quanto dos municípios, têm buscado avançar nas conquistas pela Reforma Psiquiátrica do estado. No ano de 2000, um marco na Saúde Mental do Amazonas foi a Criação da Comissão da Reforma Psiquiátrica de caráter consultivo pelo Conselho Estadual de Saúde para a implantação da Reforma Psiquiátrica no estado do Amazonas.

Essa comissão tinha a função de elaborar a política e trabalhava na mesma perspectiva dos colegiados locais de não fazer as coisas pela cabeça de uma pessoa, com a ideia de representatividade. Fazer porque um grupo colegiado tinha decidido. Caráter consultivo e deliberativo (Ator A).

Sobre a aprovação da lei estadual e o que a mesma representou para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, os entrevistados afirmaram que:

A lei estadual de saúde mental nunca foi efetivada. Não conseguiu assegurar e garantir nada... nem a política nem as conferências, porque tanto a política estadual quanto todas conferências de saúde, inclusive as temáticas (a primeira e a segunda) trazem questões importantes de saúde mental que não foram implementadas. Porque talvez o CPER dê conta mesmo. Porque essa demanda ainda está mais na ordem intelectual do que do usuário (Ator A).

Tem uma lei estadual e não se efetivou, não saiu do papel e nem significou nada. Mas o movimento social tem brigado muito. A gestão funciona assim... nós temos o Plano Plurianual - PPA do município e do estado, e o estado era para chamar o movimento, assim como o movimento de AIDS é chamado para construção da política de DST/AIDS e de outras áreas. Mas em saúde

mental eu não vi, só se foi dentro da área técnica. Se tiver, é muito de gaveta, para cumprir tabela (Ator C).

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

Existe no site da SUSAM um delineamento de política de saúde mental do estado que já está lá muitos anos. Existiu um esforço do estado para mapear a situação de saúde mental como um todo e propor novas diretrizes. Mas acredito que eles ainda não finalizaram esse mapeamento, pois a gente não ouviu falar de uma nova política baseada nesses dados. No município tem: apenas planejamentos anuais do que pretende fazer e implantar (Ator F).

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

A portaria 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial RAPS é que regula hoje o nosso trabalho no município de Manaus e não trabalhamos apenas para implantar CAPS, pois verificou que CAPS não ia salvar a vida e hoje trabalhamos para fazer com que esses outros pontos da assistência também prestem assistência em saúde mental, mas que infelizmente a gente ainda está engatinhando nesse processo (Ator H).

#### **4. História das Instituições que prestam assistência em Saúde Mental no Amazonas**

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

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

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

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

A Santa Casa não conseguiu comportar o serviço de saúde mental, e através da lei n. 65/1894 é criado então o Asilo de Alienados, sem uma efetiva preparação para o tratamento desses doentes. Foi a partir desse momento que ocorreu oficialmente a prática do internamento psiquiátrico na cidade de Manaus, acompanhando o processo de sanitização e higienização do espaço urbano.

Cabe destacar que até 1896 a administração do hospital continuava sob a responsabilidade da provedoria da Santa Casa de Misericórdia, que, em 1898, teve sua

denominação alterada para Asilo dos Alienados Eduardo Ribeiro em homenagem ao então governador Eduardo Ribeiro. O Asilo foi transferido para a Rua Ramos Ferreira (Galvão, 2003; Lopes, 2013).

Sobre a assistência em saúde mental do Amazonas no período entre o final do século XIX e início do século XX, alguns relatos associam o local como sendo propriedade do então governador Eduardo Ribeiro, o que é um equívoco. O nome foi atribuído em homenagem a ele, mas não era de sua propriedade:

A gente começou na Santa Casa de Misericórdia, depois eu não tenho muita certeza se foi em 1912 que eles vieram para cá, para a fazenda, era um sítio do governador Eduardo Ribeiro, e daqui ficou. Primeiro foi hospício, hospital colônia, depois veio ser centro psiquiátrico e depois houve a descentralização e agora só resta o pronto-socorro (pronto atendimento) (Ator J).

Segundo Lopes (2011), as principais ações que determinavam o procedimento asilar naquela época, eram: 1) isolamento do mundo exterior, de forma que o “alienado” pudesse ser reprimido; 2) composição da ordem no asilo, na definição de um arcabouço hierárquico a ser obedecido, bem como de uma norma em relação à utilização do tempo e do espaço; 3) relação de autoridade e soberania entre o médico, os auxiliares e o alienado por meio da vigilância.

Sobre as várias mudanças de localidade sofridas pela instituição, destacam-se a de 6 de janeiro de 1913, em que o governador Jonathas Pedrosa pela lei n. 719, desanexa o Asilo da Santa Casa, porém esta ainda continua administrando a instituição. Em 1924, em virtude das precárias condições do hospício ainda administrado pelo provedor da Santa Casa, foi feita a doação de um terreno na praça São João para a construção de um novo edifício e esta foi autorizada pela Assembleia Legislativa. Nessa época o corpo técnico era de um médico, um enfermeiro-chefe, uma enfermeira e 4

serventes. No entanto, a mudança de local só ocorreu em 1928, quando este foi remanejado para a Av. Constantino Nery onde permanece até a atualidade. (Relatório, 1924 apud SCHWEICKARDT, 2013).

A instituição teve diferentes denominações no passar dos anos, dependendo as concepções teóricas e políticas de cada época: ‘Asilo dos Alienados’, no governo de Eduardo Ribeiro, localizada num prédio às margens do Rio Negro; Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro na década de 1920 quando foi transferida para o prédio ocupado pelo Asilo de Mendicidade no Bairro de Flores; Hospício Eduardo Ribeiro quando funcionava no asilo de mendicidade, até ser denominado como Hospital Colônia Eduardo Ribeiro a partir de 1940, quando funcionava com 150 leitos, mas abrigava o dobro de internos do estado do Amazonas e estados vizinhos, dentre eles os presidiários portadores de transtornos mentais (LOPES, 2013).

Diante da superlotação da instituição, o governo do Estado recorre ao governo Federal solicitando em 1961 recursos para ampliação da instituição através da construção de dois pavilhões com capacidade 100 leitos cada um, para mulheres e homens. Em 1966 é elaborado um documento que reafirma a necessidade da ampliação e almejava-se que houvesse a criação de um local específico para os presos. Nesse documento um detalhe que chamava a atenção no documento é que se previa a internação e o atendimento gratuitos.

Nesse mesmo ano foi assinado o convênio com o Serviço Nacional de Doenças Mentais para reforma e ampliação da estrutura física. A manutenção do hospital contava com os poucos recursos provenientes da Secretaria de Saúde do Estado, do Serviço Nacional de Doenças Mentais – Governo Federal e também de doações privadas, mas os relatórios dos gestores sempre clamavam por mais recursos para a manutenção dos

prédios e pavilhões. Em 1967, o Hospital fez um convênio com o Estado do Acre que repassava o pagamento de diárias para moradores daquele Estado. Em 1968, a administração fez convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que foi fundamental para a manutenção da instituição.

Reformas e ampliações foram realizadas para adequar o espaço físico para o grande número de internos que, em 1967, eram em torno de 300 pacientes para 112 leitos. Nessa reforma se construiu os pavilhões feminino e masculino, pavilhão infantil e toda estrutura de esgoto e elétrica, além da construção de um refeitório no pavilhão infantil. O projeto também teve a construção de um segundo pavimento para atendimento de pacientes do INPS, duas enfermarias, prédio central da administração. Apesar da ampliação, a direção reclamava da falta de pessoal técnico e administrativo (Relatório, 1971 apud SCHWEICKARDT, 2013).

Enquanto no Brasil a política manicomial suportou grande expansão, devido ao convênio e ao financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas. No Amazonas, “a Colônia de Alienados tornou-se o centro de toda a política de saúde mental do estado do Amazonas, sendo adotada uma política de estadualização. Pode-se inferir que essa realidade, impediu no Estado, o crescimento caótico de grandes asilos, privados” (LOPES, 2011, p 49).

No Amazonas teve apenas uma **instituição privada de assistência psiquiátrica**, chamada **Instituto Eugene Minkowski**, que existiu nas décadas de 1970 a 1980. Não encontramos documentos que mencionassem a existência desse hospital. Ele está registrado na memória dos atores da reforma psiquiátrica e de pessoas ligadas à política e assistência em saúde mental do Amazonas. Sabe-se que era localizado onde hoje é o prédio da Faculdade Boas Novas em frente à Universidade Federal do



Amazonas - UFAM. Segundo os relatos, o hospital iniciou com uma proposta inovadora, mas se tornou objeto de denúncias de maus tratos e de desvio de recursos. A instituição também foi desativada em função da ação dos militantes e grupos organizados.

Criado na década de 70 pelo médico psiquiatra Dr Benedito Barbosa que tinha ido para a França e trouxe modelos revolucionários de tratamento vistos lá na Europa. Era uma proposta inovadora para as internações psiquiátricas, pois tinha unidades de internações abertas, com módulos estruturados, pavilhões masculinos e femininos, sem os pacientes terem que viver fechados como no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro. Essa proposta revolucionária atraía e empolgava os alunos de medicina e colegas de Silvério Tundis, que queriam seguir a psiquiatria. Com o passar dos anos e o arrendamento para outro dono – o psiquiatra Dr Roberval Bezerra, na prática foi se transformando em mais uma clínica de internação credenciada pelo INAMPS, que considero mais um ‘depósito de loucos’ e voltada para a mercantilização da loucura. Sem contar o fato de estar envolto em várias denúncias de desvios de recursos, já que o dono naquele momento das denúncias era também o diretor do Eduardo Ribeiro na época. Funcionou até a década de 80 (Ator D).

Tinha uma única clínica psiquiátrica particular que nós conseguimos fechar pois era um verdadeiro depósito, uma verdadeira fábrica de fazer dinheiro (Ator G).

Tinha um hospital privado dirigido pelo então diretor do Eduardo Ribeiro que na época devido à indústria da loucura manteve esse hospital desviando recursos do Eduardo Ribeiro. Porque naquela época, boa parte do recurso ia tudo para o hospital psiquiátrico e não ia para o ambulatório fazer esse serviço. E na lógica da indústria da loucura, quanto mais pessoas ele tivesse internado, e mais tempo, mais dinheiro do INAMPS ele ganhava. Fechou porque esse grupo começou a denunciar o que estava ocorrendo, fizeram um dossiê, ele foi exonerado. E teve toda uma situação e um processo administrativo que fechou esse esquema que ele tinha. Ele direcionava toda clientela para lá (Ator C).

Muita coisa era desviada do hospital (medicamentos e alimentos eram levados para a clínica privada). Onde nessa época já era o diretor esse colega que eu citei que era também diretor da outra. Nós tomamos conhecimento de que havia um empenho que a secretaria dava ao hospital, nessa época o hospital não tinha SUS. Não existia SUS nessa época. Então até 1988 o hospital vivia de um empenho mensal para alimentação e material de limpeza como se fosse uma taxa de emergência, era um recurso financeiro que era passado para ficar com a direção do hospital. Tudo era fornecido pela secretaria diretamente. Se você queria roupa para o paciente tinha que solicitar para o setor administrativo de lá e tal (Ator A).

Outra instituição de assistência psiquiátrica privada citada brevemente foi o Instituto Mira y Lopez, que surgiu na década de 1980 e ainda hoje atua. O instituto funcionava apenas no regime ambulatorial e não tinha internações. “Teve como fundadores o Psiquiatra Larry e Maués, Raimundo Nonato Vieira e Rosa Blaya (já falecida). Hoje pertence ao Psiquiatra Dr Raimundo Nonato Vieira” (Ator D).

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

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

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

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

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

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

Antes da década de 1980, os profissionais do Eduardo Ribeiro não tinham acesso aos pacientes. Era horrível chegar lá. Lá existiam 2 grandes celas, do lado direito tinha as mulheres e do lado esquerdo os homens (homem misturado com menino) e era tudo misturado e enjaulado, todos nus e faziam tudo ali. Tinha uma latrina, um sistema de esgoto que era aberto, em que os funcionários jogavam água de manhã para escoar aquelas fezes pela vala e daí jogavam creolina. Então... os médicos... se pegar os prontuários antigos lá, você vai ver que só repetiam a medicação. Não vai ter uma descrição, uma evolução da forma como hoje são colocadas nos prontuários dos pacientes. Porque os médicos não conseguiam chegar lá perto dos pacientes (Ator D).

Foi esse grupo que começou a reforma psiquiátrica, que montou o serviço de pronto-atendimento com esse cuidado de internação da emergência e esses pavilhões lá dentro. E esse movimento veio e criou o ambulatório Rosa Blaya. Criaram a Terapia ocupacional, e tinha um prédio que era específico da terapia ocupacional e foi todo um trabalho com casa de farinha, plantação de uma porção de coisa e começaram a empregar várias atividades. Para se ter uma ideia até a década de 1980, lá não tinha leito, era leito chão (Ator A).

Esse grupo que iniciou a reforma psiquiátrica no estado que começou a fazer um trabalho de gestão, e a partir daí começaram a tirar os pacientes da jaula, começaram a colocar em leitos. Naquela altura não era leito hospitalar, era cama mesmo de madeira com colchão e começaram a trabalhar com um olhar mais humano, um cuidado diferencial de quando não se tinha esse processo de reforma psiquiátrica (Ator C).

Ainda na década de 1970, ao assumir o Programa Estadual de Saúde Mental do Amazonas, o psiquiatra Silvério Tundis realiza várias mudanças dentro do Eduardo Ribeiro, segundo relatos dos entrevistados:

Foi responsável pela criação de um espaço ambulatorial e, posteriormente, de um pronto-atendimento para crises psiquiátricas, ambos, construídos dentro da área do CPER como o objetivo de dar continuidade aos atendimentos extra-hospitalares, dando sentido à atuação do serviço de saúde mental de uma forma descentralizada, uma vez que antes vigorava o modelo unicamente hospitalocêntrico (Ator D).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, no Hospital Colônia Eduardo Ribeiro foi criado o serviço de emergência (Pronto Atendimento Humberto Mendonça em 1984 – para evitar internações desnecessárias, segundo o governador) e o ambulatório Rosa Blaya. Somente nesse momento

com a ampliação dos atendimentos, é que se tornou Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – com emergência, ambulatório e internações – parte hospitalar (Ator G).

Pelos relatos, verifica-se se que o movimento ocorrido a nível nacional repercute na mesma época no Amazonas:

A gente se aproximou mais do movimento italiano. As discussões que ocorriam em outras regiões do Brasil aconteciam concomitantemente no Amazonas. Lembro que Rogélio, Galvão e Silvério Tundis, na época da discussão da reforma psiquiátrica estavam fazendo estágio em residência e comunidade terapêutica. Final da década de 1980 e início década de 1990 estavam tentando fazer um movimento dentro do hospício. Era concomitante, a coisa estava acontecendo no Brasil e aqui. Agora porque o Amazonas não consegue avançar de fato, eu não sei. Isso para mim é uma incógnita. Naquela época o grupo era: Rogélio Casado, Ana Maria, Nazaré Costa, Galvão, Silvério. Foram esses os atores da reforma (Ator A).

Olha, essa política repercutiu no Amazonas porque a gente apesar do nosso distanciamento dos grandes centros, sempre fomos muito estudiosos. Era um grupo voltado para tratar o paciente de uma forma menos opressora, menos medicamentosa, porque é necessária a medicação, a psicoterapia. Então a gente acreditava que podia ter outra forma de atendimento. E o dr Paulo Amarante foi uma das pessoas que foi nosso mentor, e que vinha muito aqui e que implantou e foi responsável pelas mudanças da saúde mental daqui do nosso estado. Então a gente ficou assim. Viu que não dava mais. Com a reforma de 1970 teve uma mudança grande. E quando nos afastamos, a coisa manicomial voltou com muito mais força. Afastamos e dez anos depois começamos a fazer encontros, reuniões, discussões e formamos a comissão e fizemos vários projetos de lei para o estado fazer o CAPS, participamos dos conselhos municipais e estaduais (Ator G).

O Amazonas se destaca na década de 1980 a nível nacional ao implantar mudanças na assistência em saúde mental dentro do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Dentre estas, destacam-se práticas inovadoras como a terapia ocupacional, terapia comunitária e da produção agrícola que buscavam descronificar os pacientes e restituir-lhes a cidadania:

Na década de 70 era muito voltado para o manicômio para as internações e para os ambulatórios. Era a época dos grandes ambulatórios. E da terapia comunitária. Já havia todo um movimento de mudança da visão manicomial

clássica medicamentosa. Era uma época de onda de mudanças. A terapia comunitária vê muito o trabalho do paciente com outro olhar, que não era só a medicamentosa, já começava a ver a terapia ocupacional. Tem uma visão do plantar, da coisa coletiva, do social, tinha toda uma visão que saia do psiquiatra e trazia novos saberes (Ator G).

Era uma terapia mais voltada para a pessoa, para o indivíduo, para o social. Estou muito afastada disso, porque fiquei muito frustrada. Conseguimos mudar introduzindo terapia ocupacional, música, dança lá em 1970 ainda, começamos a procurar a família, o serviço social foi fundamental. Era uma equipe multidisciplinar, vários saberes, não era a visão de hoje da reforma, mas era uma visão embrião disso... . Os pacientes faziam venda numa feira (que hoje é a arena) - produziam, vendiam e faziam exposição dos quadros. O pessoal da terapia ocupacional não tinham terapeutas, eram artistas, filósofos, uma linha bem da relação pessoa-pessoa. Eu amava aquilo mas depois fui me distanciando (Ator N).

Foi por volta da década de 1980, quando a Reforma Psiquiátrica no Amazonas deu seus primeiros passos, que os poucos trabalhadores em saúde mental posicionaram-se também contra a proposta do governo da época em colocar pacientes criminais dentro do asilo público. “Foram esforços exitosos justamente pelo fato de que neste mesmo período havia muita publicidade em relação ao trabalho que vinham desenvolvendo dentro do Centro – que se pautava na humanização e democratização do asilo” (LOPES, 2013, p.141).

Cabe destacar que o problema da criação de um local específico para os presos só foi equacionado em 29 de novembro de 1988, com a aprovação na Assembleia Legislativa do Estado da lei estadual nº 1.874, que instituiu o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da cidade de Manaus. Um atraso de 48 anos, já que este tipo de instituição surgiu no Brasil por meio do decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. O atraso da implantação dessa instituição no Amazonas vem de encontro a inúmeras solicitações e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da área da saúde que recebiam no único hospital psiquiátrico da cidade essa demanda (LOPES, 2013).

A descentralização da assistência em Saúde Mental feita por Silvério Tundis na década de 1980, quando assumiu a Coordenação Estadual de Saúde Mental, fica evidenciada no documento datado de 06/06/1988 no CPER. O documento especifica a Descentralização dos Programas de Saúde Mental dos municípios: Itacoatiara (descentralização das Ações de Saúde Mental), e para os demais municípios, a descentralização da cesta básica de medicamentos com supervisão da Saúde mental – Urucurituba, Maués, Nova Olinda do Norte, Coari, Envira, Humaitá, Itapiranga, Tabatinga, Benjamin Constant, Barreirinha e Lábrea). Mas a iniciativa de descentralização vai além dos serviços nos municípios do interior do Amazonas:

Na década de 1980, houve uma proposta de início de descentralização da assistência em saúde mental para as Unidades Básicas de Saúde, o que configurava o grupo como de vanguarda mesmo. Outra proposta era a de ter enfermarias em hospitais gerais, sendo que a primeira a ser implantada seria no Hospital Adriano Jorge. O então coordenador estadual de Saúde Mental Silvério Tundis fez o projeto para o Ministério da Saúde, para fazer primeiro para a clientela de dependência química com o objetivo de separar os pacientes com transtorno mental das doenças químicas. Porém não se avançou na segunda proposta (Ator G).

O grande diferencial na gestão desse grupo reformista da década de 1980 foi à implantação da terapia ocupacional dentro do Eduardo Ribeiro. A partir das primeiras medidas interventivas sob coordenação do psiquiatra Silvério Tundis, o psiquiatra Rogelio Casado organizou “uma nova modalidade de tratamento através da criação do *grupo de agricultura* (GA). O tratamento baseava-se na ‘terapia ocupacional’, sendo, sobretudo desenvolvida de modo produtivo e remunerada” da produção de toneladas de verduras/mês, criação de cabeças de suínos, roçado de macaxeira, milho, mandioca e uma casa de farinha (CASADO, 2011, p. 19).

Essa mudança passa a interferir diretamente no cotidiano do hospital psiquiátrico público, fazendo com que uma nova realidade se desenvolvesse naquele

espaço, alterando as relações entre funcionários e pacientes, e, principalmente, contribuindo na restituição da identidade daqueles sujeitos que se encontravam em regime de internação, muitos deles com mais de 20 anos de institucionalização. Tal iniciativa se estendeu por todos os anos oitenta e mesmo que produzida e mantida dentro ‘das velhas estruturas manicomiais’, não deixava de representar um passo importante no que diz respeito à reforma psiquiátrica no Amazonas (LOPES, 2013 – p. 20-21). Sobre isso é destacado por alguns atores:

O Rogélio começava a fazer um projeto muito interessante que era agropecuário, baseado em sua experiência de estágio num hospital fazenda de São Paulo que era comunidade terapêutica. Trouxe o modelo para tentar implantar uma terapia ocupacional com trabalho agropecuário. Isso tinha a ver com o fato da nossa clientela abandonada ser do interior e que tinha em sua história o fato de ter desempenhado em algum momento o papel de agricultor. E aí ele faz um trabalho de plantio de hortaliça e tal. E aí me lembro muito da Etelvina Braga, fazendo terapia ocupacional com trabalho de colagem e pintura, as portas e portões do hospital são abertos, iniciativas pioneiras e inovadoras de tratamento (Ator G).

Trabalhar com reinserção social – trabalhar com os residentes do Eduardo Ribeiro com a cidade, eles iam e vinham, eles mesmos produziam a comida, trabalhavam com aquela parte de hortifrutigranjeiros, a questão de se apropriar da própria vida, mesmo dentro dos muros do Eduardo Ribeiro, era algo revolucionário. De você escolher o que vai comer, o que vai vestir. Poder sair, vender e ser remunerado pelo trabalho e voltar. E a gente fala disso até hoje e essa é a questão. Em algum momento essa experiência é perdida e o Eduardo Ribeiro retoma os moldes que um hospital clássico tem. E de lá para cá, depois da edição da lei, o Eduardo Ribeiro tem sido sucateado paulatinamente (Ator F).

No panorama assistencial em saúde mental do Amazonas, as inúmeras iniciativas de mudança ocorridas nas décadas de 1970-1980, acarretando na manutenção do modelo hospitalocêntrico e também num movimento de desospitalização com a redução dos leitos psiquiátricos, geraram sérias críticas. A redução de leitos psiquiátricos sem a devida implantação de serviços substitutivos para atender a demanda, resultou muitas vezes em práticas de desassistência e abandono, reforçando

para a sociedade ainda mais a necessidade no social de espaços totalizantes, de exclusão.

A redução dos leitos psiquiátricos se deu a partir da iniciativa da nova direção do Centro Psiquiátrico em fazer busca ativa dos familiares de pacientes de longa permanência através do Serviço Social. Tudo isso colocava o Amazonas em consonância com o movimento nacional e muitas vezes, o colocava em destaque. Segundo um dos entrevistados: “Para você ter uma ideia, fizemos um trabalho intenso do Serviço Social de localização de famílias de pacientes. Dos 225 pacientes reduzimos para 125 a partir da localização das famílias que vieram buscar os pacientes” (Ator D).

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

10 no Pronto Atendimento, 05 de observação clínica, 120 de internação e 15 no Hospital Dia. Possuía ainda 09 consultórios e duas salas de terapia ocupacional, um ambulatório e 25 enfermarias (Pronto Atendimento e Hospital Dia). Os pavilhões abrigavam pacientes crônicos e pacientes agudos. Nesse ano, a instituição possuía 100 pacientes crônicos internados, residindo no hospital. Os leitos disponíveis para internos crônicos foram progressivamente sendo diminuídos a partir da política de desativação de instituições psiquiátricas.

O novo modelo assistencial em psiquiatria imposto pela Lei de Reforma Psiquiátrica foi implantado no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2006. Nesse novo modelo, o atendimento ambulatorial foi sendo substituído pelas ‘Clínicas de Recepção’, ‘Clínicas de Patologias’ e ‘Clínicas de Dependência Química’. O setor de Pronto Atendimento foi re-estruturado como ‘Pronto Atendimento Integral’, voltado para os casos de urgência e emergência psiquiátricas com atendimento de até 24 horas e internação breve (até 15 dias).



Os pavilhões ou setores de internação prolongada foram transformados em residências provisórias, para os pacientes crônicos que ainda aguardavam a remoção para os ‘Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT’. Cabe destacar que a demora da desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência através dos SRT se deu pela discordância dos atores (gestores e profissionais de saúde), em relação às possibilidades de locais para implantação.

Na época, a partir do ano de 2000, a gente tentou várias coisas... Tentamos fazer o SRT, aí o que tinha disponível eram algumas casas na SWAB no bairro Nova Cidade. Caíram de pau, porque era muito longe, etc. E olha o que é o bairro Nova Cidade hoje. Eles iam morar em casas lá. Mas tudo bem. Tudo naquele momento era um cair ‘de pau’ (Ator A).

A discordância e morosidade nas implantações dos serviços substitutivos não se deram apenas em relação aos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, mas também na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Haja vista que o primeiro CAPS implantado foi em Parintins, no interior do estado no ano de 2005, um marco para a saúde mental do estado. E na cidade de Manaus só foi implantado em 2006, por iniciativa do estado. Porém os SRT só foram implantados em fevereiro de 2014.

A implementação da Política de Saúde Mental depende muito da sensibilização dos gestores e governantes municipais, haja vista que em virtude da municipalização dos serviços de saúde na década de 1990, os serviços substitutivos como CAPS, SRT devam ser de gestão municipalizada. No Amazonas, historicamente verifica-se que nos municípios do interior do Amazonas isso tem se dado de forma mais efetiva, iniciando em 2005 com o CAPS implantado em Parintins e no período de 2009-2013 com a implantação de 18 CAPS, consultório de rua, etc. A efetivação da política de saúde mental nos municípios do interior do estado pode ser atribuída pela maior sensibilização de gestores e governantes municipais, e pelo distanciamento da capital, que faz com que

os municípios vejam como prioridade a implantação desses serviços e que os mesmos sejam resolutivos, para que não precisem referenciar seus municípios para a capital, o que seria mais oneroso para os cofres públicos. Ao contrário da capital – Manaus, que ao longo desses anos, só implantou três CAPS (um sob gestão estadual e dois sob gestão municipal). Mas isso será melhor explanado no próximo artigo que falará sobre Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização.

Para finalizar este artigo abordaremos a percepção dos principais atores da Saúde Mental e movimento pela Reforma Psiquiátrica no Amazonas sobre a questão da efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas e o lento processo de desinstitucionalização e implantação de serviços substitutivos:

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

Não existe discurso divergente à Reforma Psiquiátrica há 15 anos. Se considerar a Reforma Psiquiátrica a partir da implantação de serviços substitutivos, isso vem acontecendo. De forma bastante lenta, mas vem acontecendo. Se não tinha nenhum CAPS em 2000 em Manaus e hoje tem três, então aconteceu (Ator I).

Ela não aconteceu e está muito longe de acontecer. Nem parcialmente. Falta um plano estadual de saúde mental com recurso específico para isso, entendeu? Pois sem a política estadual com valores alocados, para dar subsídios para os municípios, não há efetividade nas ações (Ator C).

O que eu acho mais difícil na reforma psiquiátrica é a reforma das pessoas. Pois se as pessoas continuarem vendo a pessoa com transtorno mental e atender e se relacionar com ela do jeito que eu chamo tradicional, não teremos avanço. Para mim a coisa mais difícil na reforma psiquiátrica é a reforma do ser humano, é a mudança do ser humano de enxergar e encarar a loucura (Ator A).

As percepções dos principais atores relacionados à Reforma Psiquiátrica Amazonense demonstram a divergência de pontos de vista relacionados à efetivação da

mesma. Os impasses elencados para o lento processo de efetivação da reforma vão desde ideias divergentes e falta de liderança no movimento após o afastamento do psiquiatra Silvério Tundis; quanto à falta de alocação de recursos para a implantação e manutenção dos serviços substitutivos; a dificuldade na formação de recursos humanos voltados para uma mudança de paradigma em saúde mental, que não reproduzam a prática ambulatorial voltada para a medicalização nos poucos serviços substitutivos implantados.

### **Considerações Finais**

A partir da análise histórica da política de saúde mental e da política das instituições que prestam assistência em saúde mental no Amazonas, partindo do referencial histórico da política de saúde mental brasileira e da fala dos entrevistados é possível constatar um processo lento na implementação da Política Estadual de Saúde Mental do estado, relacionado à falta de cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de um número de serviços implantados de base comunitária que não corresponde com o parâmetro estabelecido e preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 1 CAPS x 100.000 habitantes.

Os principais fatores associados a esse lento processo de implementação, segundo os entrevistados são: a não construção de competências municipais na gestão em saúde mental ao longo dos anos, tendo em vista que desde o final do século XIX quem construiu essas competências e assumiu essa gestão foi o estado e à dificuldade de sensibilização dos secretários estaduais e municipais de saúde por estes terem uma formação sanitarista com visão hierárquica dos serviços (assistência primária, secundária e terciária) o que acarreta na dificuldade de sensibilização dos mesmos para

a compreensão da complexidade e inovação da proposta dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS.

No Amazonas a Política de Saúde Mental começa a dar sinais de mudanças a partir de 2003 com a política de municipalização dos serviços de saúde pela Prefeitura de Manaus, mas que devido ao fato de não ter construído competências de gestão de serviços de saúde ao longo dos anos, não conseguiu avançar nesse processo na velocidade necessária para atender a demanda e evitar uma desassistência em saúde mental. Isso fez com que o Estado - ao invés de dialogar e avançar nesse processo - assumisse serviços que não eram de gestão estadual, como o CAPS e SRT. Em 2006, implantou o primeiro CAPS em Manaus e no ano de 2014 implantou os SRT, argumentando a necessidade de assumir a implantação desses serviços para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica do estado, que tem em sua história um atraso de mais de 20 anos se comparados ao restante do Brasil. Mas os serviços implantados que deveriam ter sido repassados para a gestão municipal após um ano de sua implantação, não ocorreu.

Observa-se a partir disso, que as práticas de exclusão presentes no modelo asilar foram às predominantes no percurso histórico do atendimento a pessoa em sofrimento ou transtorno mental. Apesar do Estado do Amazonas ter iniciado a discussão da Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970 e início da década de 1980, e ter sido pioneiro na discussão e aprovação de uma Política Estadual de Saúde Mental no ano 2003, ainda não conseguiu consolidar a Reforma Psiquiátrica a partir da implantação de serviços substitutivos (CAPS e SRT). Os serviços ainda estão muito aquém do necessário para atender a demanda e termos um quadro efetivo de assistência em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Amazonas vem ocorrendo de forma lenta desde o final da década de 1970 e mais efetivamente a partir de 2001, mas muito motivado (impulsionado) pela ação e pressão exercida pelo Ministério Público. O primeiro serviço substitutivo implantado no Amazonas foi em 2005, no município de Parintins, ou seja, 21 anos depois do primeiro serviço implantado no Brasil no ano de 1986. Em 2002, foi elaborado um projeto para subsidiar a implantação dos SRT, e em 2006 iniciou uma estratégia no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro para preparar os pacientes de longa permanência e dar autonomia aos mesmos para a vivência futura no SRT. Mas o serviço só foi implantado parcialmente no ano de 2014, já que não implantou um número de residências que pudesse receber em sua totalidade todos os internos do Hospital de Custódia (condenado no ano de 2013 pela visita do Conselho Nacional de Justiça devido às precárias condições de funcionamento).

Verificamos que na capital do Estado, bem como nos municípios do interior do estado, há a manutenção da prática hospitalar/ambulatorial como estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental decorrentes das políticas preventivistas que influenciaram o Brasil nas décadas de 1970-1980 e que não lograram êxito no redirecionamento da assistência em saúde mental para serviços extra-hospitalares, em virtude da falta de alocação de recursos destinados para esse fim. O impasse para o atendimento da pessoa em sofrimento ou transtorno mental nos hospitais gerais não é um problema recente ligado à Reforma Psiquiátrica datada de 1978. No início da década de 1970 com a influência das políticas preventivistas no Brasil, já se preconizava a necessidade desse tipo de atendimento, porém o Brasil não logrou êxito e o manual que preconizava essa mudança de modelo, nunca saiu do papel.

Considerando a pesquisa documental e as entrevistas, veremos que ao longo de décadas, sempre foi mencionado à necessidade de cadastramento de leitos psiquiátricos

em hospitais gerais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Na década de 1970 a elaboração do Manual de serviço para a assistência psiquiátrica pelo INPS não garantiu o cadastramento. No início da década de 1980, Silvério Tundis elaborou um projeto ao Ministério da Saúde para a implantação de leitos psiquiátricos no Hospital Adriano Jorge, mas não se efetivou. Do mesmo modo, a desinstitucionalização e o fechamento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro tem sido foco das últimas gestões da saúde mental do Estado, que não lograram êxito. A dificuldade nesse processo se dá em grande parte à resistência dos diretores desses hospitais que alegam a falta de capacitação e formação de recursos humanos voltados ao atendimento das crises psiquiátricas e também pelo fato da última turma da residência em psiquiatria que finalizará em 2016, estar com o processo de formação ancorada no único hospital psiquiátrico.

Na tentativa de assegurar mecanismos para efetivação da Reforma Psiquiátrica através da destinação de recursos específicos por parte do governo federal nos últimos anos para a implantação dos serviços substitutivos, uma análise mais detalhada e crítica demonstra a falta de prioridade no investimento público para efetivar a Reforma Psiquiátrica do Estado principalmente a nível municipal. Desse modo, reforça a representação das práticas excludentes, como ainda presentes no Hospital Psiquiátrico.

Para concluir, não poderíamos deixar de lado a importância da articulação do controle social na saúde mental como imprescindível no avanço das formulações das políticas públicas de saúde, segundo a lei 8.142/90. Mas a falta da organização e articulação da sociedade civil pelo fechamento do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e pela implementação da Reforma Psiquiátrica se dá em grande parte ao movimento dos pacientes de buscarem atendimento nos CAPS e não serem acolhidos nas crises. E ao serem reencaminhados para o Eduardo Ribeiro, estes usuários mantêm a

percepção de que este ainda é o único serviço resolutivo e extremamente necessário para essa demanda. Cabe destacar que embora resolutivo para as crises psiquiátricas, considerando a ausência de outros serviços que atendam essa demanda, este serviço é considerado cronificante e excludente na sua forma de tratar. O que não mais se coadunam com o novo paradigma de saúde mental que se busca desde o final da década de 1970 e que já serve de referência para inúmeros países, tornando o Brasil – um modelo a ser exportado. Cabe inserir o Amazonas nesse contexto e avançar em propostas que já se iniciaram e que estão em um processo lento de efetivação.

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

## 6. Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira.** In: Fleury, S. (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, p. 163-186.

\_\_\_\_\_. Loucos pela vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Rumo ao fim dos Manicômios.** Revista *Mente & Cérebro*. Setembro de 2006. IN: [www.mentecerebro.com.br](http://www.mentecerebro.com.br) acessado em 10/03/2015.

BORGES, Camila F. **Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes a reforma psiquiátrica.** Dissertação de mestrado apresentada a ESP/Sergio Arouca. Abril, 2007.

BRASIL, Decreto nº 1.132, de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial da União** – Seção 1 – 24/ 12/ 1903, Página 5853 (Publicação Original).

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de Abril de 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. In: *Legislação em Saúde mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 9 de Abr. 2001.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

CARTA, Brasília. **Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas.** 2005.

CAETANO, Adriana Soares et al. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Reforma Psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos envolvidos.** *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.1, n.3, p.94-101, 2011.

CASADO, Rogelio Casado Marinho Filho. **Cidade e loucura: espacialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus,** 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

DEVERA, Disete.; COSTA-ROSA, Abílio. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** *Revista de Psicologia da UNESP*, 6 (1), 2007.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **História e reflexões sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 1024-1045, 2012.



- GALVÃO, Manoel Dias. A história da medicina em Manaus. Manaus: Valer, 2003.
- GONÇALVES, Alda Martins.; SENA, Roseni R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2001, março; 9 (2): 48-55. IN: [www.eerp.usp.br/lraenf](http://www.eerp.usp.br/lraenf)
- GONÇALVES, Monique de Siqueira. **Os caminhos da loucura na segunda metade do século XIX, no Rio de Janeiro.** Tese de doutorado, 2013.
- GUITTON, Ana Paula A. de L. **Trajetória do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro; uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico.** Dissertação de mestrado apresentada a ENSP/FIOCRUZ, 2010.
- HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência, e Saúde Coletiva, 14, (1): 297-305, 2009.
- LOPES, David Neto, et al. **Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147.
- LOPES, Luciana Oliveira. **Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.** 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- LOPES, Randiza S. **Entre a atenção á saúde e a legalidade: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico.** Parte I, 2013
- MACHADO, R. et al. (1978). **Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal.
- MESQUITA, José F. **Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. ABEP, Realizado em Caxambú – MG – Brasil, de 29 set. a out/ 2008.
- ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil.** História, ciências, saúde de Manguinhos, V. 12 n. 3, p. 983-1010. Set/dez, 2005.
- OLIVEIRA, Willian Vaz de. **Discursos e práticas psiquiátricas no Brasil oitocentista: o hospício Pedro II e o processo de medicalização da loucura.** III Simpósio de História do Maranhão oitocentista. Impressos no Brasil do século XIX. ISSN 2236-9228, 04 a 07 junho, 2013.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** História, ciências, saúde – Manguinhos, vol. 11 (2): 241 – 58, maio-ago. 2004.

PEREIRA, Rosemary C. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei da reforma psiquiátrica (10.216/01)**. Tese de doutorado apresentada a ENSP/OSWALDO CRUZ – SERGIO AROUCA. Rio de Janeiro, 2004.

SCARCELLI, Yanni Régia. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do Município de São Paulo 1989-1992**. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1998.

SCHWEICKARDT, Júlio César. Projeto de pesquisa: **História das Instituições de Saúde do Amazonas**, 9 p. ano de 2013. Trabalho não publicado.

TORRE, Eduardo H. G.; AMARANTE, Paulo. **Michel Foucault e a história da loucura: 50 anos transformando a história da psiquiatria**. Cadernos brasileiros de saúde mental. ISSN. 1984-2147, Florianópolis, 2001, v. 3. N. 6, p. 41-64.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese de doutorado apresentada a Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio A. **Estratégia de Atenção Psicossocial: um desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental**. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 32. N. 78/79/80, p. 27-37. Jan/dez, 2008.

## **O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO AMAZONAS**

Neste artigo identificamos os principais atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica e suas estratégias na efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas e descrevemos e analisamos o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e o consequente processo de constituição da Política de Implantação dos CAPS e demais serviços substitutivos (Serviços de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, etc). Algumas lideranças já não mais existem, sendo este trabalho um importante e inédito registro de suas histórias. O trabalho será apresentado à revista *Interface - comunicação, saúde, educação*.

## **O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO AMAZONAS**

### **RESUMO:**

O artigo tem como objetivo a análise histórica da política de saúde mental e da política das instituições que prestam assistência em saúde mental no Amazonas. A pesquisa mostrou que as práticas de exclusão do modelo asilar foram predominantes no percurso histórico do atendimento a pessoa em sofrimento ou transtorno mental no Estado do Amazonas. O Estado mesmo tendo aprovado a lei estadual de Saúde Mental em 2007, não realizou a efetivação da Reforma Psiquiátrica, com a criação de serviços substitutivos que atendessem a demanda em saúde mental no Amazonas. A reforma deveria garantir a assistência a partir da desinstitucionalização do único Hospital Psiquiátrico – o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Neste artigo foram identificados os principais atores envolvidos no Movimento da Reforma Psiquiátrica e suas estratégias no processo de efetivação e analisado o processo de constituição da Política de Implantação dos CAPS e os demais serviços substitutivos (Serviços de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, etc). O registro da história através dos depoimentos se torna relevante devido aos reduzidos registros e também pelo fato de que algumas lideranças já faleceram. A pesquisa foi do tipo qualitativa a partir de fontes documentais e orais.

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

## **THE PROCESS OF DEINSTITUTIONALIZATION AND IMPLEMENTATION OF SUBSTITUTE SERVICES IN THE AMAZON**

### **ABSTRACT:**

The article aims historical analysis of mental health policy and political institutions that provide mental health care in the Amazon. Research has shown that the model of exclusionary practices asylum were prevalent in the historical course of care the person in distress or mental disorder in the state of Amazonas. The state even adopted the state law of Mental Health in 2007, did not realize the effectiveness of psychiatric reform, with the creation of alternative services that could meet the demand for mental health in the Amazon. The reform should guarantee assistance from the institutionalization of single Psychiatric Hospital - Psychiatric Eduardo Ribeiro Center. This paper identified the main actors involved in the movement of the Psychiatric Reform and their strategies in the process of execution and analyzed the process of establishment of the Implementation Policy for CAPS and other alternative services (Therapeutic Residences Services, Social Centers, etc.). The record of history through the testimony is relevant because of low registers and also by the fact that some leaders have passed on. The research was the qualitative type from documentary and oral sources

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

## 1. Introdução

O longo processo percorrido para a desinstitucionalização da loucura e a forma como isso tem ocorrido tem variado nas diversas regiões do país. O processo de desinstitucionalização, que iniciou em 1986 em São Paulo com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, só inicia no Amazonas, em 2005, com a implantação do primeiro CAPS no município de Parintins e em 2006 na cidade de Manaus.

O Estado do Amazonas foi pioneiro no movimento de reforma realizado por profissionais de saúde inconformados pelas condições desumanas, com violência e corrupção do hospital psiquiátrico público. Nos anos de 1979 e 1980 buscavam a transformação asilar através do desenvolvimento de uma estratégia terapêutica baseada no trabalho assistido. Este movimento se perdeu e estagnou ao longo da década de 1990 e foi retomado em 2001, a partir da aprovação da lei nº 10.216. A forte pressão do Ministério Público em prol dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental contribuiu também com esse movimento (TUNDIS & COSTA, 2001 apud CASADO, 2011).

Várias iniciativas marcam a retomada do movimento amazonense em prol da Reforma Psiquiátrica a partir de 2001: a criação da comissão estadual de saúde mental, a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental e de vários fóruns, bem como de vários abraços simbólicos até a consequente discussão e aprovação da Lei Estadual de Saúde Mental, buscam a articulação de profissionais, gestores e usuários para o avanço da Reforma Psiquiátrica amazonense através da criação de serviços substitutivos e o consequente fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro.

Esse artigo buscará através de fontes documentais e orais, analisar a história da Saúde Mental do Amazonas a partir da narrativa dos principais atores. Desse modo,

tentaremos compor o registro da história da Saúde Mental e do movimento da Reforma Psiquiátrica no Estado a partir das análises do processo de constituição da Política de implantação dos CAPS e demais serviços substitutivos, do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Amazonas bem como da identificação dos principais atores e de suas estratégias na efetivação da Reforma Psiquiátrica.

A pesquisa do tipo qualitativa com a utilização de fontes documentais e orais foi importante porque a história do movimento de reforma psiquiátrica no Amazonas está registrada principalmente na memória de personagens que vivenciaram esse período. O relato desses personagens foi relevante para o entendimento do contexto social – de certo modo também político - da história da Política de Saúde Mental e do processo de desinstitucionalização no Amazonas.

A organização do conhecimento através das entrevistas possibilitou a criação de um espaço propício à reflexão dos sujeitos sobre a atuação, tanto pessoal quanto organizacional, no movimento pela Reforma Psiquiátrica. As fontes orais foram obtidas através das entrevistas individuais semiestruturadas realizadas com: a) Profissionais de saúde que tenham participado da assistência psiquiátrica no período da Reforma Psiquiátrica no estado (2 do CPER, 1 Policlínica, 1 CAPS Manaus, 1 CAPS Estado, 1 CAPS AD Manacapuru, 2 psiquiatras da década de 1980 do CPER); b) 4 Coordenadores do Programa Estadual de Saúde Mental que assumiram o cargo no período de 2001 a 2013. c) Gestores municipais de Saúde Mental (Capital e Manacapuru – 1 CAPS AD).

O que está sendo trabalhado é como se deu a Reforma Psiquiátrica no Amazonas a partir da memória dos atores envolvidos nesse processo. Os entrevistados identificaram os atores envolvidos e a partir disso outras entrevistas foram realizadas com os atores identificados.

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

Respeitando todos os aspectos éticos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, Parecer nº 734.383 de 30/07/2014. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **2. O processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil**

Rotelli no artigo intitulado ‘A instituição inventada’, afirmou que a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos, não foi o manicômio, mas a loucura. Nesta frase é tecida uma reflexão acerca do objeto da psiquiatria enquanto ciência, questionando o que de fato seria essa instituição negada. Na concepção do autor, a desinstitucionalização deve pautar-se no equívoco que é o objeto da psiquiatria, que não deve ser a periculosidade ou a doença, e que as bases para se entender esse objeto deve partir sempre do sofrimento que o sujeito apresenta e sua relação com a sociedade.

Na percepção de Guiton (2010), foi a partir do saber médico e da constituição do asilo como local de cura e tratamento que a loucura passou a ser institucionalizada. Observa-se nesta concepção o equívoco o qual Amarante evidenciou sobre a relação



com a loucura em termos de cura e exclusão. Nesse lugar, evidenciou-se durante séculos um círculo de horrores e desumanidade. Sobre as crueldades cometidas nos asilos, Amarante (2006) cita que presenciou enquanto estagiário as verdadeiras atrocidades vivenciadas pelos internos retratando a imundície, fedor, abandono, descaso, miséria e solidão.

Esse contexto vivenciado de horrores e desumanidade é que desencadeia em alguns profissionais de saúde mental vários questionamentos, nos quais passam buscar transformações e novas concepções acerca de como lidar com esse fenômeno ‘loucura’ tão desafiador à sociedade e à própria psiquiatria, surgindo assim o movimento pela reforma psiquiátrica. Movimento este que colocava em pauta discussões referentes ao tratamento dispensado à loucura, denunciando o sistema falho da instituição asilar. Yasui (2006), afirma que a reforma psiquiátrica nasceu com a mobilização dos trabalhadores de saúde mental, trazendo à baía a discussão acerca da política de saúde mental e a luta contra as instituições psiquiátricas, tecendo críticas contra o saber e a prática. E a partir disso, conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sócio-cultural.

Nas referências à loucura surgem inúmeros exemplos que ilustram a situação vivenciada pelo preconizador italiano da reforma psiquiátrica – Franco Basaglia. Os autores italianos salientam a necessidade de se mudar os padrões reinantes de ‘tratamento’ dos internados nos hospitais psiquiátricos. Essas ideias tiveram repercussão no Brasil, influenciando as bases para elaboração do que ficou conhecido como reforma psiquiátrica. Sobre a transformação institucional proposta por Basaglia, Amarante a designa como “uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais” (1994, p. 61).

Em 1987, foi instaurado no Brasil, durante o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo – o processo de Luta Antimanicomial. O projeto de lei que propunha a reforma psiquiátrica no Brasil, de autoria do deputado Paulo Delgado, entrou em tramitação no Congresso Nacional em 1989. Em 06 de abril de 2001 foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, que instituiu a reforma psiquiátrica e a substituição dos modelos institucionalizados no tratamento do portador de sofrimento psíquico (*apud* BRASIL, 2005).

Hirdes (2009) salienta que, um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas - Venezuela em 1990, que resultou na elaboração de um documento, a Declaração de Caracas. Esse documento é considerado um importante instrumento que demarca historicamente o processo de mudanças no setor de saúde mental. Nessa Declaração, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se em: promover a reestruturação da assistência psiquiátrica; rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

A Declaração de Caracas foi retomada em 2005, através de um documento intitulado: Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas. O documento foi chamado de Carta de Brasília que teve como objetivo avaliar os resultados obtidos desde 1990 e reafirmar a validade dos princípios contidos na Declaração de Caracas “em relação à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais. Do mesmo modo que propor a

construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos” (HIRDES, 2009, p. 298).

Alguns eventos marcaram a reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial, segundo Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010). Um deles foi o movimento ocorrido na década de 1970, que consistiu em denúncias referentes à política nacional de saúde mental, especialmente sobre a privatização da assistência popularmente conhecida como indústria da loucura e as condições da assistência prestada. Neste ínterim surge o movimento dos trabalhadores em saúde mental – MTSM, que em consonância com o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, questionam as formas de lidar com a loucura, promovendo denúncias acerca das instituições asilares e os serviços insalubres prestados pelas mesmas.

As Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas a partir da década de 1980, também marcam o processo de transformações da política de saúde mental no país. A 1ª conferência ocorreu em 1987 como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual estabeleceu-se a responsabilidade do estado em oferecer saúde a todos. A Conferência propôs a criação de um Sistema Único de Saúde, designando ao Estado a responsabilidade pela execução da Política de Saúde Mental.

Hirdes pontua como marcos práticos de reversão do modelo manicomial: “a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos; criação do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo; criação do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, conhecido como Nossa Casa” (2009, p. 298). Sobre a intervenção em Santos, Borges e Baptista (2007) colocam que este evento impôs materialidade à reforma psiquiátrica proposta por

Basaglia, através da criação da primeira rede de saúde mental no Brasil, rompendo, assim, com a lógica hospitalocêntrica.

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

Vale destacar que o referido movimento não foi uniforme em território brasileiro. Na verdade, até o presente momento, encontram-se dois modelos atuantes (um do padrão antigo de tratamento aos pacientes psiquiátricos e outro de atenção psicossocial) e, em alguns estados, o movimento encontra-se ainda em caráter pueril. Goulart e Durães (2010) afirmam que a reforma psiquiátrica ainda está em andamento e que as mudanças para sua efetivação atravessam aspectos sócio culturais e será uma mudança em longo prazo.

Aderir ao que de fato a reforma psiquiátrica se propõe, colocando em prática seus pressupostos, requer a compreensão do que de fato seja a desinstitucionalização e a

remodelação da atuação profissional. Amarante (1994) aponta que o termo desinstitucionalização não se refere apenas a uma mera desospitalização, mas sim, de rupturas de paradigmas. Desse modo, a sociedade terá que aprender a conviver com as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e a desenvolver um olhar diferenciado sobre estes.

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

Entre as décadas de 1980-1990, estavam experimentando um novo jeito de fazer saúde, novas metodologias, baseado no vínculo, baseado na relação. Muito do que a saúde trabalha hoje, com tecnologia leve, veio dessa época ainda, da saúde mental. Essa ideia de apoio matricial é uma ideia que nasce na saúde mental, o projeto terapêutico singular que é tão só trabalhar o projeto de vida que vai muito além da doença, de sofrimento, etc é tecnologia da saúde mental e que depois ficou espreado para outros serviços. A saúde mental continua segmentando e criando coisas novas, eu acho que isso é o mais bonito da política, que ela não se engessa. Como a gente gosta muito de portaria e leis, isso é bom, pois consegue oficializar o que está sendo criado, mas de alguma forma vai engessando... (Ator F).

É novo no Amazonas trabalhar com a lógica do cuidado. Daí precisamos pensar no processo de trabalho de cada cidadão que está lá para cuidar. E é nesse desenho que tem sido pensado para que esses profissionais não fiquem na lógica ambulatorial. Formação e capacitação e potencialidade tem sido ofertados a esses trabalhadores desses lugares constantemente, pelo estado e pelo nível federal. Em 2013-2014 formou-se 40 técnicos para não ficar nesse olhar (Ator I).

Silva (2005) acredita que este desafio de mudança de paradigma só será possível quando houver a total assimilação do termo desinstitucionalização e da

apropriação deste na práxis profissional, apropriando-se da responsabilidade do cuidar em saúde mental. Silva, afirma que:

O encargo pelos cuidados em saúde mental não é responsabilidade exclusiva nem das famílias, nem dos profissionais e nem das instâncias públicas de amparo, mas algo que exige distribuição, delegação e negociação de responsabilidade entre esses atores sociais, cada dia mais intensa na medida em que a internação deixa de se tornar o principal recurso assistencial e a convivência passa a ser o principal instrumento de terapêutica (2005, p. 308).

Sobre o compromisso de cada profissional de saúde mental, Dimenstein pontua que para a efetivação de uma rede humanizada tem-se um grande desafio pela frente para o processo da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica no país, pois é preciso: “uma reconstrução da subjetividade dos trabalhadores do campo da saúde, bem como uma alteração da cultura organizacional hegemônica” (2004, p. 114).

Segundo Rotelli, a transformação de paradigma pressupõe que os profissionais de saúde mental desenvolvam a capacidade de: “reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, e de se tornarem trabalhadores ativos no processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida” (1990, p.114). A busca pela mudança de paradigma na assistência em saúde mental se deu em virtude das constantes denúncias de violência e maus tratos dispensados no tratamento à pessoa em sofrimento ou transtorno mental internados nos hospitais psiquiátricos, e de reflexões que levaram a questionamentos importantes sobre o caráter cronicador da característica asilar de tratamento dessas pessoas. Sobre a dificuldade na mudança de paradigma em saúde mental, um dos entrevistados destaca:

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

mim a coisa mais difícil na reforma psiquiátrica é a reforma do ser humano, é a mudança do ser humano de enxergar e encarar a loucura (Ator D).

A esse processo de reprodução das formas de lidar com a loucura, além dos muros do manicômio, que Paulo Amarante denomina de “capscômios”. Muda-se a estrutura, criando novos modelos de atenção comunitária, mas reproduz o antigo modo de lidar com a pessoa em sofrimento ou transtorno mental, não devolvendo-lhes a cidadania tão necessária para uma reabilitação psicossocial, e que lhes foi negada ao longo de séculos. Sobre os “capscômios”, um dos entrevistados destaca:

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

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

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

Desse modelo hospitalocêntrico para cá a gente já caminhou bastante. Muita mudança, mas tem muita coisa para se fazer ainda. Porque a mudança de modelo ela não implica somente na implantação de novos serviços, se o município tivesse conseguido implantar toda a rede de saúde mental da maneira como ela está proposta nos planejamentos da secretaria, isso não seria suficiente para essa mudança de modelo ocorrer. A mudança de modelo é uma mudança de mente, é uma mudança ética frente à saúde, a sua própria saúde e a saúde do outro.... isso leva tempo... isso leva esforço. A reforma

psiquiátrica vem abalar todas as bases para instalarmos uma nova forma de fazer saúde (Ator A).

Vários entrevistados destacam que para uma mudança efetiva de paradigma em saúde mental voltada para a desinstitucionalização é necessário muito mais que a implantação de serviços substitutivos. A formação e capacitação tem o papel de qualificar os profissionais e trabalhadores para esse novo modelo e para a mudança de olhar e de atitude frente à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. A mudança do modelo no Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer, principalmente se considerarmos a região norte e o Amazonas como compondo uma das últimas posições do ranking em números de Caps x 100.000 habitantes. Desse modo, temos um atraso de mais de 20 anos nesse processo chamado de Reforma Psiquiátrica.

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

Para o processo de desinstitucionalização da loucura no Amazonas é necessário planejamento, construção e consolidação de uma rede de serviços, para atender às recomendações da política nacional de saúde mental de n. 10.216 de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

Com o objetivo de avançar no processo de Reforma Psiquiátrica no estado, foram aprovados: a Política Estadual de Saúde Mental do Amazonas pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003 e também o Projeto de Lei Estadual de Saúde mental n. 3.177 de outubro de 2007 pela Assembléia Legislativa. Essa lei estadual de saúde mental, que dispõe que o Estado e os municípios devem promover a instalação e o funcionamento de rede de atenção por intermédio de dispositivos substitutivos (CAPS; emergências psiquiátricas em Hospitais-Gerais; serviços especializados em Hospital Dia; centro de convivência e cooperativa e serviços



residenciais terapêuticos) não foi suficiente para garantir que esses serviços fossem implantados em número suficiente para atender a demanda de saúde mental.

Sobre o lento processo de desinstitucionalização e o consequente atraso na efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, as Atas das reuniões do Conselho Estadual evidenciam a desarticulação entre os diversos atores de saúde mental como um dos fatores responsáveis por esse processo:

Um dos conselheiros destacou que as ações de saúde mental do estado não estão se integrando com as ações já desenvolvidas e com isso as questões de saúde mental passam a serem colocadas apenas em ocasiões que inviabilizam as discussões produtivas e participativas e vão assumindo conotação de disputas pessoais, explicação que favorece a continuidade de uma coordenação de saúde mental distante e inacessível. Foi solicitado ao secretário que tomasse medidas para modificar essa situação em caráter urgente. Um representante da SEMSA Manaus destacou que o programa faz as coisas de forma individualizada havendo uma desconexão total e quem sofre com isso são os usuários. É necessário que o estado se organize em torno do município para ter o serviço substitutivo. Não se pode fazer nenhum programa sem ter essa rede... e fica difícil implementar propostas... Colocou que todos devem sair de suas vaidades dos gestores até a comissão, partindo para a discussão amigável, pois sempre foi dito que a saúde mental é o “patinho feio” da revitalização da saúde. Todos os programas foram contemplados, menos a saúde mental (2002), que continua no tempo da idade média. É necessário agilizar o Pronto atendimento do CPER, porém espera atender os usuários nos prontos socorros como também fazer enfermarias em hospitais gerais, o que tem sido muito difícil (ATA 143ª do CES e 108ª ordinária de 29/11/2005).

(...) que respeitava as categorias, mas que o CES não pode mais ficar do jeito que está. Pois há anos se discute a questão da Saúde Mental e nada é decidido. E se o grupo de saúde mental não se entende, não concorda que os conselheiros devam entrar nessa discussão. E que antes de trazer qualquer projeto ao plenário, todas as pendências devem ser resolvidas entre os envolvidos, pois os membros do conselho não são conciliadores de problemas e entende que as propostas devem vir consensuadas e resolvidas internamente. Que precisava expor essa situação, pois estava cansado das discussões sobre a saúde mental que não chegam a nenhum resultado e solicitou o detalhamento da CESMA (Comissão estadual de saúde mental) sobre o papel de cada instituição para saber qual a rede que deve atender cada necessidade das pessoas que precisam desse serviço (ATA 176ª do CES e 139ª ordinária de 25/11/2008).

De acordo com esta política estadual, o tratamento direcionado ao setor psiquiátrico no Amazonas não teve significativos avanços em direção à perspectiva de

desinstitucionalização<sup>4</sup> dos pacientes em sofrimento psíquico. Pois na maioria dos serviços, identificou-se que no tratamento há uma limitação do projeto terapêutico baseado, principalmente, em intervenções farmacológicas, o que demonstra que a política ainda não foi de fato implantada, e ainda hoje, esforços são direcionados para a consolidação da mesma. Segundo os entrevistados:

A implantação dos serviços substitutivos aumentam o acesso. É lento, pois o processo de trabalho dos trabalhadores é lentificado. Pois historicamente o tratamento de doído antes era só medicalização e esse outro olhar de cuidado começa a surgir a partir de 2000 (Ator C).

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

O impasse na efetivação da Política de Saúde Mental é mais complexo do que simplesmente atribuir a falta de psiquiatras. Os entrevistados destacam que a mudança de paradigma necessita acontecer em toda a rede de assistência psicossocial. Destacam que a centralização numa modalidade de tratamento demonstra a distância do paradigma da reforma psiquiátrica.

A desinstitucionalização compreende um processo no qual a **redução dos leitos<sup>5</sup>** deve ser criada concomitante com a **criação de outros mecanismos** que

---

<sup>4</sup> O termo *desinstitucionalização* surge nos Estados Unidos, no governo Kennedy, na perspectiva da *desospitalização*. Para Rotelli, desinstitucionalizar é muito mais que desospitalizar. Para ele, a institucionalização não diz respeito apenas a pessoas confinadas em hospitais ou outras instituições, logo, desinstitucionalizar é alterar estes padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença (HIRDES, 2009; OLIVEIRA, 2009).

<sup>5</sup> A partir da aprovação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar, em 2004 pelo MS, cuja principal estratégia, pauta-se na redução progressiva e pactuada dos leitos dos macro-hospitais e hospitais de grande porte, podemos analisar uma redução da institucionalização. Para Amarante *apud* Hirdes (2009), a desinstitucionalização nesta tradição está voltada principalmente para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência.

realizem a reinserção social da pessoa em sofrimento ou transtorno mental, como a criação de residências terapêuticas (casas construídas em espaço urbano e que devam atender às necessidades de moradia das pessoas em sofrimento ou transtorno mental graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não) e Centros de Atenção Psicossocial - CAPS's (HIRDES, 2009). No Amazonas verificou-se que o processo de redução de leitos não foi acompanhado pela implantação de serviços substitutivos em número suficiente para atender a demanda principalmente da capital. Houve um aumento mais expressivo no número de CAPS nos municípios do interior do que na capital. O total de dezenove CAPS implantados no universo de sessenta e um municípios no período de 2009-2014, enquanto que em Manaus foram implantados três CAPS no período de 2006-2014.

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

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

O secretário estadual de saúde fala da descentralização do CPER, da discussão de locais para implantação do primeiro CAPS de Manaus e destaca que a política do choque elétrico foi substituída pela política medicamentosa... “E que Gabriel Delgado – coordenador nacional de saúde mental não veio como interventor, veio a convite para fazer uma avaliação da política de saúde mental do estado, porque eu como gestor estava com uma

---

ideia equivocada do que era um CAPS e agora sei da real necessidade do seu funcionamento, recursos humanos e estrutura. O estado implantará 2 CAPS e a prefeitura mais 2 CAPS ainda em 2005”. Em relação à gestão do hospital psiquiátrico, não pode deixar de manifestar... passa por sérios problemas de gestão administrativa que tem uma comissão de sindicância instalada e foram feitas algumas alterações e outras ainda devem ser feitas. E destaca que a construção do Pronto Atendimento (PA) está na contramão da política de saúde mental, mas como já está pronto, vai entrar em funcionamento (Ata da 137 reunião CES e 102 ordinária de 31/05/2005).

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

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

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

O que se verifica é que eventos importantes como a realização da conferência estadual de saúde mental de 2003, a visita do coordenador nacional de saúde mental ao Amazonas em 2004 e a discussão e aprovação do Plano Plurianual PPA de 2008-2011, não foram suficientes para garantir a efetivação da reforma psiquiátrica no estado. Embora tenha ocorrido à articulação e mobilização dos diversos setores em prol da saúde mental, não houve o avanço esperado em relação à reforma psiquiátrica devido à falta de sensibilização dos gestores e políticos (ordenadores de despesas) que barraram o

processo. Ao considerar que em 2003 o levantamento feito em saúde mental apontava a necessidade de implantação de dez CAPS no município de Manaus para atender a demanda de saúde mental e que no ano de 2005, foi pactuada a implantação de quatro CAPS em Manaus que não se efetivou, verifica-se que a Saúde Mental não se tornou prioridade na agenda política do Amazonas. As implantações do CAPS de Parintins em 2005 e do CAPS do estado em Manaus no ano de 2006 demonstram um processo lento na efetivação da política de saúde mental no estado. E passado dez anos, o município de Manaus não tem ainda quatro CAPS implantados, o que implica uma desassistência em saúde mental no Estado, considerando a demanda em saúde mental.

Sobre o fato da Saúde Mental ainda não ter se tornado uma prioridade na agenda política dos governantes do Amazonas, vemos um histórico em que as ações de Saúde Mental ora não foram incluídas nos Planos Estaduais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde - SES e outros momentos em que ocorreu a alocação de recursos da saúde mental para outras áreas da saúde. No ano de 2002 em reunião do Conselho Estadual de Saúde, evidencia-se que as ações de saúde mental pactuadas no ano de 2001-2002 não foram incluídas do Plano Estadual de Saúde de 2003:

Representante da Comissão estadual da reforma psiquiátrica chamou atenção que o Amazonas continua sem promover sua reforma psiquiátrica, solicitou atenção para a reforma psiquiátrica que ainda não aconteceu e reiterou que o CPER não vai aguentar a demanda. Pediu atenção especial para a saúde mental no plano estadual de saúde de 2003. Pois o plano não contempla algumas ações em saúde mental e não contempla a reforma psiquiátrica. Informou que a comissão apresentou ao conselho sugestões de ações, que foram aprovadas e essas vem sendo discutidas desde 2001. E que não entende porque não estão no Plano estadual de saúde. Pois não foi falta de tempo hábil para não serem incluídas no plano. Será que nossas propostas não foram levadas em consideração? (Reunião 101ª Reunião do CES e 34ª extraordinária de 03/09/2002).

Na 137ª e 102ª ordinária reunião do Conselho Estadual de Saúde de 31 de maio de 2005, é questionada a destinação de recursos da Saúde Mental para outras atividades

do sistema de saúde. Foi comprovado o remanejamento para outras atividades dentro do sistema de saúde. Houve o remanejamento das verbas para outras unidades, que não de saúde mental, o que evidencia o fato da Saúde Mental não ter sido prioritária ao longo dos últimos anos.

Um fato importante na Política Nacional de Saúde Mental ocorre quando o Ministério da Saúde institui através da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 - a Rede de Atenção Psicossocial. Essa rede se formará com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Importante destacar que embora pioneiro da Reforma Psiquiátrica, o Amazonas estagna e perde o foco. O que coloca o Amazonas em uma dinâmica diferente de outros estados que também foram pioneiros na Reforma Psiquiátrica. Enquanto os gestores do sul e sudeste avaliavam o papel dos CAPS na assistência em saúde mental, o Amazonas ainda estava tentando implantá-los.

Antes de discorrer sobre a análise do processo de constituição da política de implantação dos serviços substitutivos do Amazonas, abordaremos um pouco a história do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e o seu processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Amazonas a partir de 2000. A história da instituição ilustra as mudanças na política de saúde mental, sendo o local de transformações e de resistências, mas também de permanências de diferentes modelos. Na discussão da política, observamos que a instituição sempre esteve presente como objeto de discussão.

O Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, criado no ano de 1894, a partir do ano de 2000 com suas inúmeras mudanças de locais, de denominação e após várias reformas, estava assim estruturado: contava com 150 leitos disponíveis, distribuídos da

seguinte forma: 10 no Pronto Atendimento, 05 de observação clínica, 120 de internação e 15 no Hospital Dia. Possuía ainda 09 consultórios e duas salas de terapia ocupacional, um ambulatório e 25 enfermarias (Pronto Atendimento e Hospital Dia). Os pavilhões abrigavam pacientes crônicos e pacientes agudos. Nesse ano, a instituição possuía 100 pacientes crônicos internados, residindo no hospital. Os leitos disponíveis para internos crônicos foram progressivamente sendo diminuídos a partir da política de desativação de instituições psiquiátricas.

O novo modelo assistencial em psiquiatria imposto pela Lei de Reforma Psiquiátrica foi implantado no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro no ano de 2006. Nele, o atendimento ambulatorial foi substituído pelas ‘Clínicas de Recepção’, ‘Clínicas de Patologias’ e ‘Clínicas de Dependência Química’ e houve a reestruturação do Pronto Atendimento, se tornando agora um Pronto atendimento integral – com atendimento dos casos de urgência e emergência psiquiátrica (atendimento 24 horas) e internação breve (até 15 dias). Houve também a transformação dos pavilhões de internação prolongada em residências provisórias (enquanto os pacientes crônicos ainda aguardavam a remoção para os SRT).

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

Em junho de 2012 ocorreu o fechamento do ambulatório do CPER (Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro) e foi realizada a descentralização desses atendimentos ambulatoriais de psiquiatria para as quatro policlínicas de Manaus, bem como a transferência dos profissionais de saúde. O tratamento ambulatorial em saúde mental está na contramão da política nacional de saúde mental que institui RAPS para os atendimentos em saúde mental e devido também ao seu caráter iatrogênico e cronificador. O folheto distribuído no processo de descentralização destacava que o objetivo foi territorializar os atendimentos de forma a melhorar o acesso dos usuários ao tratamento médico e aos medicamentos. Assim, os psicólogos e outros profissionais que trabalhavam no Eduardo Ribeiro foram realocados para as policlínicas, ficando apenas os médicos, enfermeiros e assistentes sociais no pronto atendimento do Eduardo Ribeiro.

As policlínicas responsáveis pelo atendimento ambulatorial de psiquiatria localizam-se uma em cada zona da cidade, portanto, na Zona norte - Policlínica João dos Santos Braga, Zona Leste – Policlínica Zeno Lanzini, Zona Sul – Policlínica Codajás e Policlínica Gilberto Mestrinho, Zona Oeste – Policlínica Dr José Lins. Em relação à descentralização para as policlínicas, um dos entrevistados destaca:

Porém cabe destacar, que muitas das iniciativas em saúde mental ocorridas no Amazonas, não são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, tais como o fechamento do Ambulatório Rosa Blaya e descentralização desses atendimentos para as policlínicas do estado. Pois nos ambulatórios das policlínicas, os psiquiatras e clínicos gerais fazem apenas o atendimento ambulatorial, mas o Ministério não reconhece isso, pois não é CAPS. Então não pode Hospício, mas tem que ser CAPS. É bem engessadinho, do jeito que desenharam. Mas paciência, né? Por isso que não se avança na Reforma Psiquiátrica no Amazonas (Ator A).

Atualmente, o modelo de assistência continua tendo como referência o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, que hoje é denominado Hospital Psiquiátrico Eduardo



Ribeiro. O Hospital oferece o serviço de pronto-atendimento onde são disponibilizados 28 leitos, sendo 8 de observação para urgência e emergência para crise (masculino e feminino – 4 de cada um) mais 20 leitos de internação breve de até 72 horas ou mais (sendo 10 masculinos e 10 femininos), quando se fizer necessário, não podendo ultrapassar o máximo de 15 dias.

O processo amazonense de desinstitucionalização prevê, atualmente, o fechamento do único hospital psiquiátrico do Amazonas (dependendo apenas do cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e do encerramento da residência em psiquiatria prevista para o ano de 2016). O processo de ampliação da rede de serviços substitutivos está em andamento (CAPS, SRT, Centros de convivência, etc). Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram implantados em 26 de fevereiro de 2014 após 12 anos de negociação, e recebeu todos os 35 internos de longa permanência do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e apenas 3 do Hospital de Custódia. Permanecem ainda 22 internos no Hospital de Custódia, condenado pelo Conselho Nacional de Justiça pelas precárias condições de funcionamento e de tratamento inadequado.

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

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

Na época a gente tentou várias coisas... Tentamos fazer o SRT, aí o que tinha disponível era algumas casas na SWAB no bairro Nova Cidade. Caíram de pau, porque era muito longe, etc. E olha o que é o bairro Nova Cidade hoje. E

aí pega e coloca ao lado do Silvério Tundis e não necessariamente é de fato residência. Eles iam morar em casas lá. No bairro Santa Etelvina eles moram acoplados a uma estrutura existente. Mas tudo bem. Tudo naquele momento era um 'cair de pau' (Ator A).

Em relação ao fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro no Amazonas, os entrevistados destacam que um dos problemas é o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospital geral:

Atualmente tem a perspectiva de fazer leito de urgência e emergência no Hospital 28 de agosto, no Hospital Platão Araújo, e tem a possibilidade de fazer leito de retaguarda no hospital Adriano Jorge, para que assim se possibilite o efetivo desmonte e fechamento do Eduardo Ribeiro. Mas para isso é preciso que treinemos os médicos clínicos, feche o Eduardo Ribeiro para que os profissionais que hoje trabalham lá sejam transferidos para essas outras unidades. (Ator A)

Não tem CAPS, vai referenciar para onde? O Hospital geral não dá conta. A pessoa do hospital geral, ele não tem entendimento em saúde mental. Nós temos muito poucas pessoas com formação em saúde mental (Ator B).

E também não há continuidade no processo de formação dos profissionais. Hoje os profissionais que estão à frente dos serviços, da assistência, da direção das unidades são pessoas que na sua formação, não tiveram formação desse novo modelo de atenção de saúde mental. Na minha concepção atribuo isso como um dos fatores porque hoje a gente não tem uma enfermaria, que já era para a gente ter no hospital 28 de agosto, no pronto socorro da zona leste, não tem nem perspectiva, porque não faz parte da agenda do governador, aí a área técnica não consegue convencer, não consegue instituir, avançar (Ator C).

Os serviços oferecidos hoje são bons, mas são aquém da necessidade. O que ainda é um impasse é o fato de termos de discutir com o diretor da unidade tal, a importância de ter ali leitos psiquiátricos. Aí querem que fique num local específico e volta toda uma discussão para um modelo anterior. (Ator H)

Vários movimentos direcionados a implantação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais foram feitos ao longo dos últimos 15 anos no Amazonas. Na Ata da 102ª reunião do CES – 70ª ordinária de 01/10/2002 fica evidenciada que na 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental em 2001, foi feita a proposta pelo servidor do CPER para que fossem colocados leitos para emergência psiquiátrica nos prontos

socorros de Manaus e criados leitos psiquiátricos nos hospitais gerais da capital, citando o hospital Adriano Jorge e o Hospital Francisca Mendes como possibilidades para isso, mas não avançou.

Outro destaque é que o Plano Plurianual (PPA) do programa de saúde mental previsto para o período de 2008-2011 incluía em sua pactuação, a implantação de assistência psiquiátrica nos hospitais gerais e prontos socorros. Cabe destacar que essa pactuação seguia as diretrizes da lei estadual de saúde mental nº 3.177, mas não se efetivou. Em outubro de 2009 o Ministério da Saúde publicou a portaria 2629/2009 que reajustava os procedimentos hospitalares para atenção em saúde mental em hospitais gerais buscando estimular a implantação de leitos de atenção integral em hospitais gerais. Através dessa portaria, pela primeira vez os procedimentos de psiquiatria em hospital geral passaram a ser melhores remunerados do que os procedimentos em hospitais psiquiátricos. Porém nem isso foi suficiente para qualificar e ampliar o acesso em saúde mental nos hospitais gerais do Brasil e especialmente do Amazonas.

Na fala do entrevistado, verifica-se o mesmo movimento realizado na década de 1980, pelo então coordenador estadual Silvério Tundis, quando tentou implantar uma enfermaria psiquiátrica no Hospital Adriano Jorge para a demanda de dependente químico. Após 30 anos do início do movimento, houve a mudança da política de saúde mental com a aprovação de lei que buscava garantir a descentralização da assistência em saúde mental, mas o impasse permanece em relação à dificuldade de efetivação da mesma:

Atualmente os casos que são encaminhados ao Eduardo Ribeiro são normalmente aqueles casos de crise psiquiátrica que o CAPS não tem a competência do manejo da crise e que na verdade quem deveria fazer são os hospitais gerais com leitos psiquiátricos e que infelizmente a gente ainda não tem. A falta desses leitos é o que faz a gente não fechar as portas do Eduardo Ribeiro. E também a falta dos serviços com funcionamento 24 horas. Agora

em 2015 o CAPS Sul que é tipo 2, que também é inadequado para população passa a ser tipo 3, e o mês ainda a gente não tem da inauguração. E aí vai ter essa retaguarda, caso o paciente precise dormir ou que precise ser assistido 24 horas a gente também vai ter esse serviço lá. Então na verdade tem duas circunstâncias que impedem o Eduardo Ribeiro hoje de fechar que é a falta de leitos e a falta de serviço 24 horas para dar uma retaguarda melhor para quando os pacientes precisarem passar mais tempo em assistência (Ator H).

Uma iniciativa importante para alavancar o processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas foi à criação da Comissão da Reforma Psiquiátrica no ano de 2001 que teve como objetivo subsidiar o Conselho Estadual de Saúde - CES nas decisões para implementação das ações de Saúde Mental voltadas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas. No entanto, verificou-se um grande desgaste entre os componentes dessa comissão, divergindo as opiniões no momento de suas respectivas aprovações de propostas. Em uma reunião do CES, um dos usuários comunica que a Comissão da Reforma Psiquiátrica, através de sua coordenadora, estava sendo convocada para uma reunião no ministério público federal para esclarecer o impasse da composição da comissão da reforma psiquiátrica, que a seu ver estava ilegal, por não ter composição paritária e não ter nenhum representante de usuário. Pelo fato de ter buscado o Ministério Público e não ter buscado resolver isso internamente, a atitude desse usuário causou a indignação de alguns representantes da Comissão. Os desgastes fizeram com que, ao longo dos anos, alguns integrantes do movimento pela Reforma Psiquiátrica se afastassem e passaram a trabalhar de forma isolada em outros setores.

Retomando o problema da criação de um local específico para os presos com transtorno mental, cabe destacar que esse só foi equacionado com a criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), em 1988, ao lado da Penitenciária do Estado. O hospital iniciou o processo de desinstitucionalização, a partir de 2014, com a inauguração dos primeiros SRT sob gestão estadual.

A partir de 2013, após a vistoria do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, que condenou as condições precárias do hospital de custódia, é retomada a questão da municipalização dos serviços substitutivos, pois os mesmos deveriam ser de gestão municipalizada. No entanto, o CAPS Silvério Tundis tipo III, implantado em 2006, e os SRT, implantados em 2014, no bairro de Santa Etelvina – Zona Norte de Manaus, estão sob gestão estadual. Para que o município de Manaus assuma a gestão dos SRT será necessário implantar mais residências para abrigar os 22 internos do Hospital de Custódia, pois atualmente o número existente não é suficiente. Enquanto isso não ocorrer, o impasse permanecerá e essa população permanecerá sem tratamento adequado vivendo em condições precárias.

Com o impasse gerado entre Estado e Município em virtude da questão da municipalização da saúde, o Estado passa a implantar serviços que deveriam ser de gestão municipal com o objetivo de alavancar a Reforma Psiquiátrica no estado. Em 2006 implantou o primeiro CAPS de Manaus com a condição que após um ano da implantação o município assumiria a gestão do CAPS e em 2014 implantou os SRT. Passado nove anos de sua implantação, o CAPS Silvério Tundis continua sob gestão estadual. No ano de 2014 o estado implanta uma clínica de dependência química, cadastrando-a como CAPS AD regional (que também deveria ser de gestão municipalizada), mas, segundo a política de Atenção Psicossocial, não se encaixa nos moldes de um CAPS AD. A inauguração do CAPS AD do município de Manaus está prevista para ainda esse ano de 2015 e estará sob gestão municipal.

Tudo isso tem gerado um conflito em termos de gestão, já que em virtude da política, a expectativa é que esses serviços sejam municipalizados. O discurso presente é que: “isso não será feito, pois em breve será municipalizado e passará para a gestão municipal” (Ator J). Muitos problemas não têm sido resolvidos em virtude desse

impasse e tem trazido sérios prejuízos à população, um exemplo disso é a falta de profissionais psiquiatras para fazer as perícias médicas judiciais. Sobre o primeiro CAPS ter sido implantado pelo Estado e sobre a municipalização dos serviços, o ator F destaca:

As ações de saúde, elas são do governo federal, estadual e municipal. Com a municipalização, no primeiro momento que se falava de municipalização no país e não só aqui, se entendia que o município teria a capacidade financeira, política e administrativa de gerir o sistema de saúde como um todo. O que não deu certo. A gente vê que o município não tem condição para isso. A maioria dos municípios não apresentava condição de fazer esse tipo de gestão naquele momento. Então isso foi revisto pelo governo federal. E nos lugares que o município não tivesse condições de gerenciamento ou condição financeira para implantar qualquer ação de saúde, não só falando de saúde mental, o estado devia apoiar e podia implantar os serviços, conquanto ele repassasse esses serviços na sequência para a gestão municipal e que estivesse na ponta executando as ações. Mas isso não aconteceu no Amazonas (Ator F).

Quanto à dificuldade de gestão de um CAPS estadual e que aguarda ser municipalizado, o ator J destaca:

A verba para manutenção do CAPS é pela secretaria estadual de saúde, mas todos os anos eu ouço pela coordenação de saúde mental que vai ser municipalizado. Eu não sei te responder o porquê de não ter sido ainda repassado. Nós não nos sentimos como filhos de nossa mãe, e sim um enteado. É assim que eu vejo quando eu vou para a SUSAM e não resolve alguma coisa e dizem assim... porque o CAPS não era para ser de gestão estadual. Eu sinto essa dificuldade, apesar de que... quando eu chego com o secretário de saúde por não conseguir resolver nada, ele diz: 'Enquanto for de gestão do estado, vai ser resolvido por nós. Vai lá que eu vou pedir para resolver'. A própria coordenação diz isso: não vai, porque vai ser municipalizado... aí nem de lá e nem de cá e o problema está aqui. Um problema é a questão das perícias médicas (Ator J).

O processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento ou transtorno mental no Amazonas a partir do fechamento do único hospital psiquiátrico está relacionado com o impasse quanto à implantação dos SRT destinados aos internos de longa permanência. Ao serem implantados os SRT, outros impasses emergem: o fato da última turma de Residência em Psiquiatria estar com a formação ancorada no Hospital

Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e pelo fato da Coordenação Estadual de Saúde Mental ainda não ter logrado êxito no cadastramento de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais de Manaus:

Hoje não se fecha o Eduardo Ribeiro por um único serviço que funciona lá dentro que se chama residência médica, pois a residência em psiquiatria está ancorada lá no centro psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Se fecharmos o Eduardo Ribeiro é um processo muito grande para passar a residência para outro espaço. Previsão de término em 2016. E aí, acabou, pois não abrimos mais outras turmas. Precisa de 20 leitos em hospitais gerais para abrir outra turma e não temos (Ator I).

Cabe destacar um ponto de retrocesso na Política de Saúde Mental do Amazonas em prol da efetivação da Reforma Psiquiátrica do Amazonas que está relacionado ao encerramento da residência em psiquiatria. A Residência foi implantada no ano de 2007, com o objetivo de formar psiquiatras a partir do paradigma da reforma psiquiátrica. Alguns relatos demonstram a formação na década de 1970, o antes e o depois da criação da residência em psiquiatria no Amazonas:

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

Então de 5 anos para cá a gente vê que a reforma psiquiátrica andou muito, até porque eu enquanto gestora do Eduardo Ribeiro eu não via nenhuma luz a não ser que tivéssemos uma residência em psiquiatria e turmas de especialização em saúde mental pela Fiocruz. Para isso corremos atrás de parcerias e conseguimos 2 turmas de especialização e 1 de residência. Então foi uma luta muito grande, mas a gente conseguiu implantar a residência em psiquiatria no estado do Amazonas depois de 2 anos de luta, em 2007... Hoje temos bastante profissionais com especialização em saúde mental e é lamentável o fim da residência. É um prejuízo muito grande para o nosso estado (Ator J).

A mudança de curriculum na academia é muito importante. O momento era de partir para uma residência multiprofissional em saúde mental e não de extinguir a residência em psiquiatria. Como a gente forma residentes em psiquiatria dentro do Eduardo Ribeiro? Eu até entendo que uma parte da formação em urgência e emergência tem que ir para o Eduardo Ribeiro, mas

a maior parte da vivência deles, eles deveriam ir para um CAPS. Como o SAMU fazem o transporte sanitário hoje? Afinal, fazem parte da rede de atenção psicossocial... Eles vão e pegam uma equipe do Eduardo Ribeiro para fazer a abordagem. Isso é ridículo. Eles dizem que não estão preparados para isso. Como assim? Se dentro do projeto de implantação do SAMU está a questão da emergência psiquiátrica. E tudo mandam para o Eduardo Ribeiro, é o tal do empurra-empurra (Ator F).

No Amazonas coexiste o modelo antigo com o novo, com a preocupação de não gerar uma desassistência, já que não foi possível cadastrar leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e o número de serviços substitutivos (CAPS) implantados na capital ainda é em número insuficiente (3 CAPS para uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes). Diante desse fato de coexistir o hospital psiquiátrico com a rede de atenção psicossocial a portaria nº 3.088 que a institui, destaca:

O Hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas em sofrimento ou transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (Portaria 3.088 de 2011).

A Portaria nº 3.088 possibilita, em caráter transitório, a coexistência do modelo antigo com o novo enquanto a nova rede de atenção psicossocial ainda não for suficiente para atender a demanda em saúde mental, mas isso não significa manter padrões de tratamento desumanizados e inaceitáveis desde a aprovação da lei nº 10.216 de 2001.

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

O sr Setemberg falou da existência de espancamentos dos pacientes no CPER ocorrendo ainda no ano de 2012, mencionando falhas no atendimento da unidade por parte dos servidores. Sra Maria de Lurdes disse que as falhas ocorrem em todo serviços público, mas que na referida unidade já houve avanços em relação a essas questões. Falou da responsabilidade que os



funcionários públicos tem que assumir e esses tem que ter consciência de suas responsabilidades.

É inegável a importância do Hospital Eduardo Ribeiro na Assistência da Saúde Mental do Amazonas. Segundo os entrevistados, esse ainda é o único local resolutivo para crises psiquiátricas. Porém ainda reflete a dificuldade de recursos humanos capacitados para um atendimento humanizado.

Para mim o único local que tem resolutividade, é aqui. Porque tem o médico, enfermeiro, 24 horas, o assistente social, durante o dia. Eu vejo o transtorno mental, a família é o que mais sofre. Às vezes o paciente vem para cá e não tem noção. A família sofre muito mais. Para mim o Eduardo Ribeiro representa tudo. Eu fico muito triste quando ouço que isso aqui vai fechar. Tudo bem que feche. Que mude as pessoas até mesmo porque aqui antigamente era depósito de funcionários relapsos da secretaria. Eles vinham para cá como castigo. Tinha uma época que na SUSAM funcionário ruim vinha para cá. Eles não queriam em lugar nenhum, vinha para cá, tipo castigo(Ator K).

O cadastramento de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (no hospital 28 de agosto e no hospital Platão Araújo) está em andamento, para que seja possível descentralizar o Pronto atendimento e a internação breve que ainda funcionam no CPER. A inauguração dos SRT e desativação e descentralização dos atendimentos do CPER para as policlínicas do estado e para a rede de atenção psicossocial configuram a mudança de modelo de tratamento, adotada pelo Programa Estadual de Saúde Mental.

Cabe destacar ainda o lançamento, em 7 de dezembro de 2011 do Plano ‘Crack, é Possível Vencer’ - que complementa as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010 - com foco nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial que fazem atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que tem influenciado diretamente às ações de Saúde Mental a nível local. O Amazonas tem desenvolvido estratégias para implantação desses serviços, sendo pioneiro na implantação do primeiro CAPS AD da região norte no

município de Manacapuru no ano de 2013, e implantou em outubro de 2015 o CAPS AD de Manaus, onde a equipe que estava trabalhando no Serviço Atenção Psicossocial (SAP) foi transferida. O estado também implantou uma clínica de reabilitação para dependentes químicos, mas que devido às controvérsias em relação aos serviços que são oferecidos nesta, estar em desacordo com o que o Ministério da Saúde preconiza, a polêmica tem sido grande.

Essa situação tem trazido à tona a importância da implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS com locais de atendimento específico para atender essa demanda. Na década de 1980 quando Silvério Tundis assumiu a coordenação estadual houve um projeto de criação de leitos de enfermarias no Hospital Adriano Jorge para essa demanda, mas não se avançou na proposta.

No ano de 2014, foi implantado no Km 53 da rodovia AM-010, em Rio Preto da Eva, o Centro de Reabilitação em Dependência Química Ismael Abdel Aziz do governo do estado para atender a demanda de álcool e outras drogas. O serviço tem como objetivo o tratamento e reabilitação de dependentes químicos e tem a capacidade para atender sob regime de internação até 120 pacientes, sendo 70 homens e 50 mulheres, com idade a partir de 13 anos. O centro inclui espaços para atividades de esporte, lazer e terapia ocupacional, alojamentos e um ginásio coberto e tem um diferencial dos outros já existentes. Um grande investimento feito na contramão da Política Nacional de Saúde Mental, segundo um dos entrevistados:

A visita técnica da Coordenação Nacional de Saúde Mental (MS) ao Centro teve como resultados fortes críticas e a não aprovação da implantação feita pelo governo do Amazonas com um investimento de quase R\$ 17 milhões e que se tornou prioridade em sua agenda governamental, mas que demonstrou um descompasso entre o direcionamento adotado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental e as diretrizes tanto da Política Estadual de Saúde Mental nº 3.177 quanto da Reforma Psiquiátrica a nível nacional pela Lei nº 10.216 – Lei da Reforma Psiquiátrica (Ator C).

A proposta do centro é de institucionalizar o dependente químico, enquanto a da reforma psiquiátrica é o de desinstitucionalizar e inseri-lo na comunidade para tratá-lo. O cadastramento do Centro como CAPS AD regional não se encaixa na política de saúde mental. O Centro também não se enquadra no modelo dos Serviços de Atenção em Regime Residencial – Comunidades Terapêuticas, conforme a portaria nº. 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial regional.

Os entrevistados se posicionaram em relação à criação do Centro, mostrando que o serviço não segue a Lei nº. 10.216 da Reforma Psiquiátrica. O argumento é que ao invés de desinstitucionalizar, a instituição propõe exatamente a institucionalização. Criticam também a prioridade da agenda governamental centrada na vontade de um governante.

Nós já chegamos a ter aqui no CPER em determinado momento 90% de usuários de drogas, mesmo com a clínica que inaugurou do estado, e tem pessoas que não aceitam ir para lá, pois lá é outro modelo. Se lá ele não quiser tomar medicação, lá ele não toma. Aqui não... toma oral, injetável, é um pronto atendimento mesmo (Ator L).

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

#### **4. A desinstitucionalização da loucura no Amazonas após 2012**

Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde de março de 2012, com a apresentação de um quadro geral da rede de atenção e da identificação dos principais desafios para a construção de estratégias

para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da rede, destacam o Amazonas à nível nacional na seguinte situação:

***a) Implantação dos CAPS x Cobertura de CAPS por 100.000 habitantes:***

Centros de Atenção Psicossocial, um dos dispositivos mais importantes para a mudança de modelo – verificou-se um processo mais efetivo e contínuo das ações de implementação nas regiões sul e sudeste do país, em detrimento de um processo vagaroso na região norte, com índices de cobertura críticos e insuficientes, sendo que até o ano de 2009 o Amazonas era o último lugar em termos de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, que em 2010 passou para penúltimo lugar e em 2011 melhora substancialmente a sua posição no ranking.

Segundo a Coordenação Estadual de Saúde Mental do Amazonas, no período de 2009 a 2013, foram implantados 19 CAPS nos municípios do interior do Amazonas. Alguns desses foram implantados em localidades com menos de 20.000 habitantes, pela necessidade de se adaptar a política à realidade loco-regional.

De 62 municípios no estado do Amazonas há 19 CAPS implantados no interior e 3 na capital, sendo dois na cidade de Manacapuru (*primeiro CAPS AD da região norte em 2012* e outro CAPS que é do tipo II em 2010). O restante é: ano de 2005 (Parintins), ano de 2006 (Manaus – CAPS III e Tefé), ano de 2009 (Rio Preto da Eva), ano de 2010 (Iranduba, CAPS II municipal de Manaus, Autazes, Coari e Borba). Ano de 2011 (Manicoré e Maués). Ano de 2012 (São Gabriel da Cachoeira, Guajará, Apuí, Humaitá). Ano de 2013 (Manaus – CAPS i, Nova Olinda do Norte, Eirunepé, Itacoatiara e São Paulo de Olivença).

A partir desses dados, verifica-se que o número de CAPS por 100 mil habitantes no Amazonas só melhorou nos últimos anos devido ao número de CAPS

implantados em diversos municípios e não na capital. Se considerarmos que os municípios do interior somam mais de 1, 5 milhão dos aproximadamente três milhões de habitantes do estado do Amazonas e que na capital tem apenas três CAPS implantados, ainda temos um nível bastante crítico de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes na capital de Manaus.

Desses três CAPS, um é do tipo III e está sob gestão estadual, e dois são de gestão municipais, sendo um do tipo II que passará a ser do tipo III e um do tipo CAPS i infanto-juvenil. Está prevista para setembro de 2015 a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) Antidrogas do Município de Manaus. Esse Centro será ligado à Secretaria municipal de Saúde de Manaus e servirá como ponto de triagem para os pacientes que serão internados no centro de reabilitação do Governo do Estado.

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

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

de acesso dos municípios do interior para a capital, que esses municípios têm sido mais resolutivos na questão do cuidado em saúde mental.

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

O levantamento do Ministério da Saúde verificou que nos estados em que a participação popular tem sido mais efetiva, como na Paraíba (de 1,11 para 1,27), Sergipe (1,02 para 1,16) e Rio Grande do Sul (de 0,90 para 1,07), podemos observar um aumento de 0,16, 0,14 e 0,17, respectivamente, na rede de cobertura dos estados citados (BRASIL, 2012). Em relação ao levantamento do número de CAPS necessários para atender a população de Manaus, os atores destacam:

Em 2009 quando eu assumi a coordenação municipal, não havia proposta clara a respeito da saúde mental. Aí fizemos um levantamento com o quantitativo de CAPS, que tipo de CAPS iria precisar, quais ações eram necessárias, etc, de lá para cá esse planejamento não foi alterado. Porque a gente continua precisando das mesmas coisas, dos mesmos serviços só que obviamente em número maior devido o crescimento populacional. Há muito tempo se sabe do que precisa. Já é um consenso de quem trabalha com gestão em saúde mental, mas os serviços não foram implantados a contento até então. Não falta dinheiro. Eu acredito que é questão de do que é definido como prioridade pelo gestor. E ai, gestor estou falando de quem tem a capacidade não só de definir quais políticas prioritárias dentro do município, mas que tenha o poder de fazê-las serem efetivadas. E até então a política de saúde mental infelizmente não teve a prioridade que outras políticas dentro da secretaria têm. E por isso que temos apenas 3 CAPS implantados em Manaus (Ator F).

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

**b) Serviços Residenciais Terapêuticos:** constituem-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP. Como essa publicação se estende até o ano de 2011, ainda não tinha nenhum SRT implantado. Foram implantados em fevereiro de 2014, conforme já mencionado.

**c) Programa de Inclusão Social pelo Trabalho:** sete programas no Amazonas – que fazem parte do componente de reabilitação psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com vistas à melhoria das condições de vida de seus usuários e familiares. Esses programas visam estimular ativamente a implantação de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

**d) Consultório na Rua (CR):** estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. No Amazonas há dois consultórios implantados: Manaus e Manacapuru.

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

*f) Leitos psiquiátricos em Hospital Geral:* O cuidado em rede também deve considerar as situações de agravamento, nas quais se faz necessário lançar mão e garantir o acesso à tecnologia hospitalar, e que ocorra preferencialmente nos Hospitais Gerais, de forma articulada e como retaguarda aos serviços de acompanhamento longitudinal. Porém até o ano de 2011, o Amazonas só tinha um leito psiquiátrico cadastrado em Hospitais Gerais por UF segundo o informativo eletrônico (BRASIL, 2012).

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

A partir das fontes documentais e orais foi possível a identificação dos principais atores do movimento da Reforma Psiquiátrica do estado e de suas estratégias na efetivação da mesma. Nesse tópico buscamos construir a partir de uma cronologia, o surgimento de cada ator e elencar as suas principais estratégias construídas ao longo dos anos.

**5.1 - Manoel Dias Galvão (Psiquiatra)** – No início dos anos 1970, atuou como o introdutor do conceito de comunidade terapêutica no Amazonas e considerado como o porta-voz do lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’ se destacando como um dos críticos mais combativos na luta antimanicomial do estado. Sua luta ia fundamentalmente de encontro às práticas utilizadas no interior do único hospício da cidade, engajando-se, por exemplo, contra o uso do eletrochoque, contra a internação psiquiátrica, impedindo internações no hospício enquanto ali trabalhou. As iniciativas marcantes foram as seguintes: abertura dos portões das enfermarias do único hospício público da cidade – Hospital Colônia Eduardo Ribeiro e estímulo dos internos ao



cuidado um dos outros. Participou da auditoria do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) que selou o destino da única clínica privada, que por mais de dez anos baseou seu projeto terapêutico no uso de mão de obra barata de acadêmicos de medicina e no amordaçamento químico dos portadores de sofrimento mental (CASADO, 2011; LOPES, 2013). Na década de 1980, atuou como médico psiquiatra no PAM (Pronto Atendimento Médico) da Codajás, onde oferecia um tratamento baseado na Clínica da Palavra, sem abuso de psicotrópicos, constituindo-se num raro serviço substitutivo ao hospício.

**5.2 – Humberto Mendonça** – estudante de medicina, morador na residência dos estudantes do único hospício público de Manaus. Tornou-se o universitário símbolo da luta antimanicomial ao fotografar em conjunto com uma estagiária do jornal ‘A crítica’ os lugares onde eram ‘tratados’ os internos. Mas denunciado por uma assistente social, fica detido e o filme é confiscado pelo então diretor do hospício (o mesmo que seria afastado, mais tarde, por corrupção administrativa, em denúncia liderada pelo psiquiatra Silvério Tundis). Após sua morte em 1981, no estado de São Paulo, foi homenageado como patrono do Pronto-Atendimento Psiquiátrico do CPER e do Diretório Acadêmico de Medicina da Universidade do Amazonas (CASADO, 2011).

**5.3 - Silvério Tundis – Psiquiatra** – No início dos anos 1980 foi símbolo do movimento da Reforma Psiquiátrica Amazonense, liderando um grupo de trabalhadores de saúde mental no movimento de transformação asilar (trazendo à tona a existência da corrupção administrativa, das condições desumanas de tratamento e das violências que ocorriam dentro do único hospício público da cidade de Manaus - Hospital Colônia ‘Eduardo Ribeiro’). Este período marca o início da reforma psiquiátrica amazonense. A luta contra a violenta psiquiatria praticada nesse hospital só foi possível por ter se

sustentado em três pilares: a vontade política dos trabalhadores de saúde mental, a cobertura da imprensa local e a mobilização da opinião pública. A principal contribuição desse movimento se deu através da criação de uma nova modalidade de terapia ocupacional, produtiva e remunerada. Ao retornar do mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública, assumiu a coordenação do Programa Estadual de Saúde Mental, ajudando a consolidar a reorganização não autoritária dos três serviços que idealizara, com sua equipe. Enquanto diretor do HCER promoveu atendimento com mais dignidade, ainda que na velha estrutura manicomial; dinamização do ambulatório para continuidade de tratamento extra-hospitalar; criação do Pronto Atendimento Humberto Mendonça. Promoveu a descentralização dos serviços de saúde mental em Manaus e nos interiores.

**5.4 - Rogélio Casado (Psiquiatra)** – No início da década de 1980 assumiu a direção clínica do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro a convite do Silvério Tundis. Na década de 1980, formaram um grupo de agricultura, com pacientes com mais de 20 anos de institucionalização. Baseava-se na terapia ocupacional, sendo, sobretudo desenvolvida de modo produtivo e remunerada. Tal iniciativa se estendeu por todos os anos oitenta e mesmo que produzida e mantida dentro ‘das velhas estruturas manicomiais’, não deixava de representar um passo importante no que diz respeito à reforma psiquiátrica no Amazonas. No final da década de 1980 foi responsável pela criação de um conselho administrativo, com representantes das instituições públicas de saúde, a fim de discutir medidas que levassem de fato à criação de modelos antimanicomiais no estado. No entanto, o conselho teve curta duração e logo acabou sendo desarticulado. Ainda no final deste período, em novembro de 1987, Rogélio fez uma greve de fome durante seis dias, na tentativa de impedir que o cenário de corrupção e da velha ordem asilar pudessem novamente tomar conta da realidade local. Sua ação resultou especificamente

em uma reforma física no modelo estrutural do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Quanto à realização do trabalho agrícola desenvolvido em sua gestão, este acaba desaparecendo devido à troca da direção clínica do hospital. No ano de 2002 foi dada entrada no projeto de Lei Estadual de Saúde Mental nº 3.177 que foi discutido na 1ª Semana Amazonense ‘Por uma sociedade sem Hospícios em 2000’. Entre 2003 e 2007, ele assumiu a coordenação estadual de saúde mental – nesse período propôs a realização de um censo da população psiquiátrica a partir de uma pesquisa que permitisse o desenho da espacialização da ‘doença mental’ – censo abortado por perda de prazo em 2008. Em 2003, sob coordenação do Programa de Saúde Mental do Estado do Amazonas, houve intensa mobilização em frente à Assembleia Legislativa, a fim de ‘despertar a atenção da comunidade para a questão da reforma psiquiátrica, mobilizando os deputados para a aprovação do projeto de lei estadual de reforma psiquiátrica’. No ano de 2004 surgiu a ONG - das organizações locais comprometidas com a defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais: Associação Chico Inácio criada em 2004, que é filiada à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, entendendo que não apenas é preciso condenar o manicômio, mas criar condições possíveis de reabilitação distante dele. Assim surge a associação perspectivando trabalhar a reabilitação fora do cenário hospitalar. No ano de 2006, implantou o primeiro CAPS de Manaus sendo este sob gestão estadual. Em 2007 foi aprovado o projeto de Lei nº 3.177 em outubro de 2007 (CASADO, 2011; LOPES, 2013).

**5.5 - Ana Maria Coêlho Marques (Psiquiatra)** – Na década de 1970 chegou ao Amazonas e foi contratada como coordenadora de saúde mental do INAMPS. Foi participante ativa da Associação Amazonense de Psiquiatria e questionava o fato de não haver eleições para mudança de seus dirigentes por muitos anos. Na década de 1980 integrou o grupo de trabalhadores de saúde mental liderados pelo Silvério Tundis, que

questionava as condições de tratamento dentro do Eduardo Ribeiro e a corrupção administrativa; Em 2002 foi responsável pela criação do Programa Encontro – atividade de extensão da Universidade Federal do Amazonas iniciado em 2002 para subsidiar a implantação das Residências Terapêuticas, no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (MUNIZ *apud* MINEIRO, 2010); No ano de 2005 fundou o Instituto Silvério de Almeida Tundis (ISAT), associação sem fins lucrativos, de utilidade pública municipal e estadual, que surge para dar suporte administrativo-financeiro ao Programa Encontro no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (MINEIRO, 2010). Organização local comprometida com a defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Ambas as organizações (Chico Inácio e ISAT) são importantes suportes pela forma como atuam em direção à valorização da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, a partir de seus projetos e programas desenvolvidos. (LOPES, 2013)

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

**5.7 – Luena Matheus Xerez (Psicóloga)** – No período de 2000 a 2001, foi a primeira coordenadora estadual de saúde mental separada da função de diretor do CPER, depois do Silvério Tundis na década de 1980. Realizou a 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas; Implantou a Comissão Estadual da Reforma Psiquiátrica; Fez a contratação de psicólogos para os CAIC's (Centro de Atendimento Integral à Criança) com o objetivo de ofertar atendimento psicológico para a demanda infantil (até então esse serviço era inexistente). Foi realizado pela Associação Amazonense de Psiquiatria

(AAP) o Iº Seminário de Saúde Mental e foi criado o Centro Amazonense de Estudos Pró-Extinção dos Hospícios ‘Humberto Mendonça’ (CEPRÓ) com o objetivo de analisar a questão da institucionalização da loucura, da história da reforma psiquiátrica no Amazonas, bem como procurar evidenciar os impasses e avanços no processo de desinstitucionalização da loucura; O CEPRÓ realizou a 1ª Semana Amazonense ‘Por uma sociedade sem Hospícios’ – que resultou numa campanha por emenda popular e a regulamentação do atendimento em saúde mental do estado proposta pelo professor de direito da Universidade do Amazonas – UA, Ribamar Mitoso, integrante do Fórum pela Ética na Política. Nesse ano foi criado ainda o Fórum Sociedade Civil e Saúde Mental do Estado do Amazonas ‘Silvério Tundis’.

**5.8 – Elivandra Franco Mendes (Psicóloga) a partir de 2005** - Como coordenadora de saúde mental do município de Manaus – foi responsável pela elaboração do projeto e pela implantação do primeiro CAPS municipal de Manaus e pelo planejamento e levantamento das necessidades de CAPS no município de Manaus. Atualmente é diretora do Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil CAPS i do município de Manaus.

**5.9 – Lurdes Siqueira (Psicóloga):** atuou por anos como psicóloga no CPER, e foi a primeira diretora do CAPS Silvério Tundis de gestão estadual em 2006. Atualmente na função de coordenadora estadual de saúde mental, foi a responsável pela implantação dos SRT e da primeira clínica de dependência química do estado. Tem avançado no processo de descentralização da assistência em saúde mental através da implantação dos CAPS nos municípios do interior do estado e buscou parceria com a Fiocruz Amazônia para a realização de especialização em saúde mental: primeira turma finalizada no ano de 2014 e nesse mesmo ano deu início no processo de seleção da segunda turma.

**5.10 – Setemberg Rabelo – Assessor técnico em saúde mental no município de Manaquiri:** Ex-usuário e militante em Saúde mental, desde 2010 vem atuando como assessor técnico para implantação de CAPS nos municípios do interior do Amazonas. Ajudou na realização da primeira Conferência Municipal de Saúde Mental de Manacapuru, e atuou como assessor para implantação de dois CAPS nesse município. Um implantado em 2011 - tipo II e outro do tipo AD em 2012, sendo este considerado o primeiro CAPS AD da região norte. Atualmente é assessor em Saúde Mental no município de Manaquiri, ajudando na implantação do CAPS e da rede de saúde mental desse município.

## **6. Considerações finais**

Ao se fazer uma análise histórica do processo de desinstitucionalização do tratamento à pessoa em sofrimento ou transtorno mental a partir de fontes documentais e orais, é possível constatar ao longo de várias décadas uma alternância no movimento de articulação e desarticulação entre trabalhadores de saúde mental, gestores e usuários em prol da saúde mental do Amazonas, o que enfraqueceu o movimento e fez com que perdesse o foco em vários momentos.

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

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

desassistência e abandono, em decorrência do espaço vazio deixado pela não construção de serviços substitutivos.

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

A pesquisa apresenta a mobilização na década de 1980, estagnação na década de 1990 e a retomada as discussões e movimentações em prol da reforma psiquiátrica nos anos de 2000. Os atores pesquisados entendem que reforma psiquiátrica não se efetivou completamente porque houve uma desarticulação dos atores da Reforma Psiquiátrica e a falta de mobilização da sociedade civil para pressionar os gestores no sentido de implantar uma rede de serviços substitutivos. Essa realidade só começa a mudar no Amazonas a partir da visita do coordenador nacional de saúde mental no ano de 2005 para uma avaliação da política de saúde mental do estado na qual aproveitou a oportunidade para esclarecer e sensibilizar o secretário estadual de saúde para a importância da implantação dos serviços substitutivos e destacou o papel a ser desempenhado pelos CAPS nessa nova rede de assistência em saúde mental. O fato de ter logrado êxito nessa visita, abriu espaço para a retomada das discussões e no ano seguinte foi implantado o primeiro CAPS de Manaus. Passado dez anos, verifica-se uma mobilização para a implantação de outros CAPS em Manaus, e para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas ainda esse processo é muito lento e aquém das necessidades das pessoas em sofrimento ou transtorno mental.

Um processo evidenciado no Amazonas foi o de descentralização dos atendimentos para as policlínicas de Manaus nas últimas décadas demonstrando um movimento político público que reforça o modelo ambulatorial-hospitalar e que não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial que busca em sua prática uma lógica territorial. Na capital do Estado há a manutenção da prática hospitalar/ambulatorial como estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental.

Os atores envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica tem questionado a mudança desse modelo hospitalar no cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. A política de saúde mental no Amazonas tem sofrido também pelo desinteresse dos gestores e governantes, segundo as fontes documentais e orais da pesquisa. Ao que parece, ao analisar a implantação das redes de atenção, no Amazonas verifica que a rede de atenção psicossocial tem menor importância política-estratégica, como tem sido marcado na história da saúde mental. Essa representação, por sua vez, pode reforçar a relação de exclusão e de construção de estigmas que a sociedade estabelece com a loucura, uma vez que elas sobrevivem e se mantêm para além dos muros concretos das instituições totais.

Ao observar os serviços presentes no interior do Estado, a partir de uma política de implantação de CAPS's, verifica-se que os mesmos têm tentado ser resolutivos, devido às dificuldades de acesso a capital e às suas especificidades regionais. Porém ao se abordar a questão de cadastramento de leitos em hospitais gerais o impasse no interior é o mesmo que na capital, devido à falta de capacitação de recursos humanos que deem suporte nas crises psiquiátricas.

Segundo as fontes documentais e orais, outros fatores como: o lento processo de fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro tem gerado um impasse para a



alocação desses profissionais (com um amplo conhecimento no manejo de crises psiquiátricas) para assumirem outros serviços de base comunitária, bem como para capacitar os profissionais de outros serviços, passos fundamentais a serem dados para o avanço no processo de desinstitucionalização. Outro ponto de suma importância é a inclusão da Saúde Mental nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde do Amazonas com recursos financeiros alocados e definidos a priori com o objetivo de implementar a Rede de Atenção Psicossocial.

A contribuição dessa pesquisa para as áreas da história da saúde, das políticas públicas e da história das instituições se dá pela possibilidade de reconstruir todo um movimento histórico em prol da Reforma Psiquiátrica a partir do processo de desinstitucionalização da loucura e de implantação dos serviços substitutivos no Amazonas. As fontes documentais e orais possibilitaram a análise do processo de desinstitucionalização e de implantação dos serviços substitutivos de base comunitária, bem como a identificação dos principais atores e suas estratégias em busca da Reforma Psiquiátrica do Amazonas. Portanto essa pesquisa é um registro histórico da história das instituições que prestam assistência em saúde mental desde o final do século XIX até o ano de 2015, do movimento político da Reforma Psiquiátrica, de seus atores e de suas respectivas estratégias em prol da efetivação de uma Política Pública de Saúde – a Saúde Mental.

## 7. Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, I (1): 61-77, jul /out, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Rumo ao fim dos Manicômios**. Revista *Mente & Cérebro*. Setembro de 2006. IN: [www.mentecerebro.com.br](http://www.mentecerebro.com.br) acessado em 10/03/2015.
- BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 10. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Ano VII, nº 10, março de 2012.
- CASADO, Rogelio Casado Marinho Filho. **Cidade e loucura: espacialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus**, 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- DIMENSTEIN, Magda. **A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade da humanização da assistência**. *Psicologia Ciência e Profissão*. 24 (4); 112-147, 2004.
- GOULART, M.S.B. DURÃES, Flávio. **A reforma e os hospitais psiquiátricos: Histórias da desinstitucionalização**. *Psicologia e Sociedade*; 22 (1): 112-120, 2010.
- GUITTON, Ana Paula A. de L. **Trajetoira do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro; uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico**. Dissertação de mestrado apresentada a ENSP/FIOCRUZ, 2010.
- HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. São Paulo, Centauro Editora, 2006.
- HEIDRICH, Andrea V. **Reforma psiquiátrica á brasileira: analise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese de doutorado apresentada a pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. *Ciência, e Saúde Coletiva*, 14, (1): 297-305, 2009.
- LOPES, Randiza S. **Entre a atenção á saúde e a legalidade: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico**. Parte I, 2013
- MESQUITA, José F. de Novellino.; Maria S. F. Cavalcanti.; Maria T. **A reforma psiquiátrica no Brasil; um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. ABEP, Realizado em Caxambú – MG – Brasil, de 20 a 24 set/ 2010.
- MINEIRO, Marluce Pereira. **Reformas psiquiátricas em Manaus: A perspectiva dos usuários e familiares atendidos no CAPS Sul de Manaus**. Trabalho de conclusão de

cursos (Especialização em História da Saúde na Amazônia). Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane. Amazonas: Fiocruz, 2010.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009.

PITTA, Ana M. Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciência e Saúde Coletivo, 16 (12): 4579 – 4589, 2011.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada.** Publicado na Revista “Per la salute mentale/ for mental health” 1/88- Centro Studi e Ricerche per la salute mentale della regione Friuli Venezia Giulia. S/D.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec; 1990

SILVA, Martinho B.B. **Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental.** Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, VIII, 2, 303-321, Jun/2005.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Tese de doutorado apresentada a Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

## REFERÊNCIAS GERAIS

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BORGES, Camila F. **Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes a reforma psiquiátrica**. Dissertação de mestrado apresentada a ESP/Sergio Arouca. Abril, 2007.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

CAETANO, Adriana Soares e Col. **Centro de atenção psicossocial (Caps) e reforma psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos profissionais envolvidos**. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.94-101, 2011.

CASADO, Rogelio Casado Marinho Filho. **Cidade e loucura: especialização da “doença mental” e o processo de desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Manaus**, 2011. 149f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

CASTRO, Fernando Cibelli de. **A comunicação persuasiva como estratégia de controle da memória coletiva**, 159 f. Diss. (Mestrado) – Fac. de Comunicação Social, PUCRS, Porto Alegre, 2010.

COLOMBAROLLI et al. **Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Manaus**. *Psicologia: teoria e prática* - 2010, 12 (3):23-33.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO AMAZONAS. Disponível em <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=deman>. Acesso em: em 20 de janeiro de 2014.

FERREIRA, Marieta de Moraes. AMADO, Janaína. **Usos & abusos da História Oral**. 4 ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

FERREIRA, Marieta de Moraes. FERNANDES, Tania Maria. ALBERTI, Verena. **História Oral desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Casa de Oswaldo Cruz / CPDOC – Fundação Getulio Vargas, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organizações e tradução Roberto, 1979.

HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. São Paulo, Centauro Editora, 2006.  
LOPES, David Neto, et al. **Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147.

LOPES, Luciana Oliveira. **Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

LOPES, Randiza S. **Entre a atenção á saúde e a legalidade: atuação do hospital de custódia e o tratamento psiquiátrico**. Parte I, 2013.

MEIHY, José Carlos Sebe. **Manual de História Oral**. 4 ed., São Paulo: Brasil, 2002.

MONTENEGRO, Antonio Torres. **História Oral e memória a cultura popular revisitada**. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2001.

SPINK. Mary Jane. **Práticas Discursivas e Sentidos no Cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1997.

TENORIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**. Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

VÍCTORA, Ceres Gomes et al. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

## APÊNDICES ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE – FIOCRUZ AMAZÔNIA

Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

### ROTEIRO-GUIA PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

#### Identificação:

Idade: \_\_\_\_\_ Formação profissional: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Especialização na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de trabalho na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

1. Como foi sua aproximação profissional ao tema de Saúde Mental (primeiros contatos)?
2. Já exerceu alguma função de gestão na Saúde Mental? Onde e quando?

\_\_\_\_\_

3. Quais os serviços de Saúde Mental que já trabalhou? \_\_\_\_\_

Categorias:

#### a) História da Saúde Mental

1. Quais Instituições prestam assistência em Saúde Mental no Amazonas?
2. Qual o papel que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro desempenha na Saúde Mental do Amazonas?
3. O que você sabe sobre a História da Política de Saúde Mental do Amazonas?
4. Você sabe como funcionava a Política de Saúde Mental no período anterior ao SUS?

#### b) Reforma Psiquiátrica

1. Qual o teu conhecimento sobre a criação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e como essa política repercutiu no Amazonas?
2. Quais os principais atores envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas?
3. Como estava organizado o Serviço de Saúde Mental do Amazonas no momento da criação da Política da Reforma Psiquiátrica (2001)?
4. Descreva os serviços de atendimentos aos usuários de Saúde Mental.
5. Como você avalia a Implantação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas?
6. Quais as mudanças na assistência em Saúde Mental do Amazonas nos últimos 20 anos?

**ANEXO B**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
 CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE – FIOCRUZ AMAZÔNIA  
 Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia  
**ROTEIRO-GUIA PARA ENTREVISTA COM GESTOR ESTADUAL  
 DE SAÚDE MENTAL**

**Identificação:**

Idade: \_\_\_\_\_ Formação profissional: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Especialização na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de trabalho na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

1. Como foi sua aproximação profissional ao tema de Saúde Mental (primeiros contatos)?

2. Já exerceu alguma função de gestão na Saúde Mental? Onde e quando?

\_\_\_\_\_

3. Quais os serviços de Saúde Mental que já trabalhou? \_\_\_\_\_

Categorias:

**a) História da Saúde Mental**

1. Quais Instituições prestam assistência em Saúde Mental no Amazonas?

2. Qual o papel que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro desempenha na Saúde Mental do Amazonas?

3. O que você sabe sobre a História da Política de Saúde Mental do Amazonas?

4. Você sabe como funcionava a Política de Saúde Mental no período anterior ao SUS?

**b) Reforma Psiquiátrica**

1. Qual o teu conhecimento sobre a criação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e como essa política repercutiu no Amazonas?

2. Quais os principais atores envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas?

3. Como estava organizado o Serviço de Saúde Mental do Amazonas no momento da criação da Política da Reforma Psiquiátrica (2001)?

4. Descreva os serviços de atendimentos aos usuários de Saúde Mental.

5. Como você avalia a Implantação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas?

6. Quais as mudanças na assistência em Saúde Mental do Amazonas nos últimos 20 anos?

**ANEXO C**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
 CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE – FIOCRUZ AMAZÔNIA  
 Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia  
**ROTEIRO-GUIA PARA ENTREVISTA COM GESTOR MUNICIPAL  
 DE SAÚDE MENTAL**

**Identificação:**

Idade: \_\_\_\_\_ Formação profissional: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Especialização na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de trabalho na área de Saúde Mental: \_\_\_\_\_

1. Como foi sua aproximação profissional ao tema de Saúde Mental (primeiros contatos)?

2. Já exerceu alguma função de gestão na Saúde Mental? Onde e quando?

\_\_\_\_\_

3. Quais os serviços de Saúde Mental que já trabalhou? \_\_\_\_\_

Categorias:

**a) História da Saúde Mental**

1. Quais Instituições prestam assistência em Saúde Mental no Amazonas?

2. Qual o papel que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro desempenha na Saúde Mental do Amazonas?

3. O que você sabe sobre a História da Política de Saúde Mental do Amazonas?

4. Você sabe como funcionava a Política de Saúde Mental no período anterior ao SUS?

**b) Reforma Psiquiátrica**

1. Qual o teu conhecimento sobre a criação da Reforma Psiquiátrica no Brasil e como essa política repercutiu no Amazonas?

2. Quais os principais atores envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas?

3. Como estava organizado o Serviço de Saúde Mental do Amazonas no momento da criação da Política da Reforma Psiquiátrica (2001)?

4. Descreva os serviços de atendimentos aos usuários de Saúde Mental.

5. Como você avalia a Implantação da Reforma Psiquiátrica no Amazonas?

6. Quais as mudanças na assistência em Saúde Mental do Amazonas nos últimos 20 anos