

GERÊNCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA, GOVERNANÇA CLÍNICA E DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE MENTAL: ESTUDO DE CASO DE UNIDADE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Moisés Rosa Pereira¹

Rafael Osório Júnior²

Rafael Silva Nunes³

Nayara do Carmo Santos Lima⁴

Pricila Waleska Barros Macedo⁵

Cleyce Rock Garcia Rodrigues⁶

Íris Evelin Atanázio Barbosa⁷

Leonardo Alves Costa Cunha⁸

Suzanne Tainá Matos Lima⁹

Jadiny Joedisa de Oliveira Farias Rosa Pereira¹⁰

Silvia Batista Nery¹¹

Pablo Gnutzmann Pereira¹²

Giane Zupellari dos Santos Melo¹³

RESUMO: O presente artigo analisa se a ausência de gerência técnica exercida por médico psiquiatra especialista, somada à inexistência de protocolos clínicos estruturados em unidade hospitalar especializada em atendimento psiquiátrico na Amazônia, é compatível com o direito fundamental à saúde, com a Lei da Reforma Psiquiátrica, com resoluções do Conselho Federal de Medicina e com os princípios bioéticos aplicáveis à prática médica. Parte-se da premissa de que a internação psiquiátrica de pacientes graves não constitui mera prestação administrativa de hospedagem terapêutica, mas ato assistencial complexo, de alto risco clínico, jurídico e ético, que demanda governança clínica, supervisão especializada, segurança do paciente e decisões fundadas em evidências. A pesquisa possui natureza qualitativa, exploratória e jurídico-dogmática, baseada em revisão bibliográfica e documental de normas constitucionais, infraconstitucionais, regulatórias e técnico-sanitárias. Sustenta-se que a ausência de responsável técnico psiquiatra e a inexistência de protocolos clínicos fragilizam a integralidade do cuidado, a segurança assistencial, a autonomia protegida, a justiça distributiva e a proteção de pessoas em situação de vulnerabilidade. Conclui-se que, em serviços especializados destinados a quadros psiquiátricos graves, a qualificação técnica da gestão hospitalar integra o conteúdo mínimo do direito à saúde mental e não pode ser reduzida a requisito meramente burocrático.

1

Palavras-chave: Responsável técnico. Saúde mental. Bioética. Governança clínica. Direito à saúde.

¹Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

²Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

³Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁴Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁵Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁶Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁷Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁸Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁹Especialista em Saúde Coletiva, Centro Universitário UniBF.

¹⁰Estudante de Medicina do 4º Período, Faculdade Santa Teresa (FST).

¹¹Professora Especialista, Médica Psiquiatra, Universidade Nilton Lins (UNL).

¹²Professor Especialista, Médico Psiquiatra, Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

¹³Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde na Amazônia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT: This article analyzes whether the absence of technical management by a specialist psychiatrist, combined with the lack of structured clinical protocols in a hospital unit specialized in psychiatric care in the Amazon region, is compatible with the fundamental right to health, Brazilian mental health legislation, resolutions issued by the Federal Council of Medicine and bioethical principles applicable to medical practice. The study assumes that psychiatric hospitalization of severely ill patients is not a merely administrative therapeutic accommodation, but a complex health care activity involving high clinical, legal and ethical risks, requiring clinical governance, specialized supervision, patient safety and evidence-based decisions. The research is qualitative, exploratory and legal-dogmatic, based on bibliographic and documentary review of constitutional, statutory, regulatory and health-safety norms. It argues that the absence of a specialist psychiatrist as technical manager and the lack of clinical protocols weaken comprehensive care, patient safety, protected autonomy, distributive justice and the maximum protection owed to vulnerable persons. It concludes that, in specialized services for severe psychiatric conditions, technical qualification of hospital management is part of the minimum content of the right to mental health and cannot be reduced to a merely bureaucratic requirement.

Keywords: Technical manager. Mental health. Bioethics. Clinical governance. Right to health.

I INTRODUÇÃO

A assistência hospitalar psiquiátrica destinada a pacientes graves ocupa posição singular no sistema de saúde, pois reúne urgência clínica, sofrimento psíquico intenso, risco de agravamento, vulnerabilidade decisional e necessidade de intervenção multiprofissional contínua. Em uma unidade hospitalar especializada situada na Amazônia, essas variáveis são intensificadas por fatores territoriais, dificuldades de acesso, vazios assistenciais e assimetrias históricas na oferta de especialistas. Assim, a pergunta sobre quem exerce a gerência técnica e quais protocolos orientam a assistência não é apenas administrativa: trata-se de questão diretamente ligada à concretização do direito fundamental à saúde mental.

O objetivo geral deste artigo é analisar se a ausência de gerência técnica exercida por médico psiquiatra especialista e a inexistência de protocolos clínicos estruturados em unidade de internação de pacientes psiquiátricos são compatíveis com os princípios constitucionais do direito à saúde, com normas do Conselho Federal de Medicina, com a legislação brasileira de saúde mental e com os princípios bioéticos que orientam a prática médica. A hipótese adotada é a de que, em serviços hospitalares especializados, a direção técnica qualificada e os protocolos clínicos são condições mínimas de segurança, integralidade e governança assistencial.

O estudo parte da compreensão de que pacientes psiquiátricos internados em unidades especializadas, sobretudo aqueles com quadros graves, demandam cuidado comparável, em termos de densidade decisória e risco assistencial, ao cuidado crítico prestado em unidades de

alta complexidade. A analogia com uma “UTI da saúde mental” não pretende equiparar regimes normativos distintos, mas destacar que a gravidade clínica, a imprevisibilidade evolutiva, o risco de eventos adversos e a necessidade de supervisão contínua exigem padrões técnicos robustos de gestão.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e documental, com abordagem jurídico-dogmática e bioética. São analisados dispositivos constitucionais, a Lei nº 10.216/2001, a Lei nº 8.080/1990, resoluções do Conselho Federal de Medicina, normas de segurança do paciente, diretrizes de governança clínica e literatura sobre segurança em ambientes psiquiátricos hospitalares. O artigo não realiza estudo empírico de prontuários ou indicadores de uma instituição específica; propõe uma análise normativa e argumentativa aplicável a unidades especializadas de internação psiquiátrica.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Direito fundamental à saúde mental, dignidade e integralidade

O direito à saúde previsto na Constituição Federal deve ser lido como garantia de acesso a políticas e serviços capazes de reduzir riscos, tratar agravos e preservar a dignidade da pessoa. Em saúde mental, essa garantia não se limita à existência física de leitos; inclui qualidade técnica, continuidade terapêutica, segurança assistencial e organização do cuidado segundo necessidades clínicas reais, especialmente quando o paciente está em situação de vulnerabilidade intensa (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

A dignidade da pessoa humana, fundamento da República, impede que a pessoa com transtorno mental seja tratada como objeto de contenção social ou como usuário passivo de rotinas institucionais. A internação, quando indicada, deve preservar o estatuto de sujeito de direitos do paciente e assegurar que a decisão clínica seja tomada por profissionais habilitados, dentro de uma estrutura institucional capaz de justificar, monitorar e revisar condutas (Brasil, 1988; Sarlet, 2012).

A Lei nº 8.080/1990 reforça que a saúde é direito fundamental e que o Estado deve prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, o que inclui a organização de serviços conforme critérios de universalidade, integralidade e equidade. Em unidade psiquiátrica especializada,

integralidade significa articular avaliação diagnóstica, terapêutica medicamentosa e psicossocial, manejo de risco, escuta da família, planejamento de alta e continuidade na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 1990; BRASIL, 2026a).

2.2 Direito fundamental à saúde mental, dignidade e integralidade

O Estado do Amazonas apresenta características geográficas, demográficas e assistenciais singulares que impõem desafios significativos à organização da atenção especializada em saúde mental. Com extensão territorial superior a 1,5 milhão de quilômetros quadrados, distribuída entre 62 municípios, grande parte deles acessíveis predominantemente por vias fluviais ou aéreas, o estado enfrenta dificuldades históricas relacionadas à oferta de serviços especializados, fixação de profissionais e acesso oportuno da população aos cuidados em saúde.

Tais dificuldades tornam-se ainda mais evidentes no campo da Psiquiatria, especialidade que apresenta distribuição desigual em território nacional, concentrando-se majoritariamente nos grandes centros urbanos. Na região amazônica, a escassez de médicos psiquiatras e de serviços especializados contribui para sobrecarga assistencial, aumento do tempo de espera para atendimento e dificuldades na continuidade do cuidado de pacientes com transtornos mentais graves.

Nesse contexto, a unidade hospitalar especializada em saúde mental analisada neste estudo assume papel estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Amazonas, constituindo-se como principal referência estadual para atendimento de urgências, emergências e internações psiquiátricas. A unidade recebe pacientes provenientes da capital e do interior do estado, incluindo indivíduos com transtornos psicóticos, transtorno afetivo bipolar em fase aguda, comportamento suicida, agitação psicomotora grave, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras condições que demandam intervenção hospitalar especializada.

Além de desempenhar função assistencial direta, a unidade atua como importante retaguarda para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais gerais, serviços de urgência e demais dispositivos da rede estadual de saúde mental. Sua atuação é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência aos pacientes em situação de crise psiquiátrica.

Diante da elevada complexidade dos casos atendidos e da relevância estratégica do serviço para a saúde pública estadual, torna-se necessário avaliar se a estrutura de governança

clínica, a organização assistencial e a gestão técnica da unidade são compatíveis com os princípios constitucionais do direito à saúde, com a legislação brasileira de saúde mental, com as normas regulatórias aplicáveis e com os princípios bioéticos que orientam a prática médica. Para esse fim, apresenta-se, a seguir, o estudo de caso de uma unidade hospitalar especializada em psiquiatria localizada no Estado do Amazonas.

2.3 Estudo de Caso: Unidade Hospitalar Especializada em Saúde Mental da Amazônia

Para fins de análise, utiliza-se como estudo de caso uma unidade hospitalar especializada em saúde mental localizada no Estado do Amazonas, referência estadual para atendimento de urgência, emergência e internação psiquiátrica de pacientes adultos com transtornos mentais graves. Trata-se da única unidade pública especializada com funcionamento ininterrupto voltada exclusivamente à assistência psiquiátrica hospitalar no estado.

Conforme informações de domínio público a estrutura assistencial da unidade é composta por 33 leitos de internação psiquiátrica, 3 leitos de observação e 1 leito destinado à sala de emergência psiquiátrica. O atendimento ocorre em regime de funcionamento contínuo, com cobertura de dois médicos clínicos durante 24 horas por dia e dois médicos responsáveis pelos atendimentos psiquiátricos. Embora parte dos profissionais possua título de especialista em Psiquiatria, observa-se que parcela significativa da assistência psiquiátrica é realizada por médicos sem formação especializada formal na área, atuando com experiência prática em psiquiatria.

A unidade recebe pacientes com quadros de elevada complexidade clínica e psicopatológica, incluindo surtos psicóticos agudos, episódios maníacos graves, depressão com risco de suicídio, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, estados de agitação psicomotora e outras situações que demandam vigilância contínua e intervenções rápidas.

Entre as fragilidades observadas, destaca-se a inexistência de protocolos clínicos assistenciais formalizados e elaborados por especialistas em Psiquiatria para padronização das principais rotinas hospitalares. Não há informação sobre existência de protocolos institucionais específicos para avaliação de risco suicida, manejo da agitação psicomotora, contenção mecânica, contenção química, monitoramento de eventos adversos, critérios de admissão e alta hospitalar, prevenção de quedas, segurança medicamentosa ou transição do cuidado para a Rede de Atenção Psicossocial. Tal cenário pode contribuir para variabilidade assistencial,

heterogeneidade de condutas e dificuldades na implementação de estratégias estruturadas de segurança do paciente.

2.4 Reforma Psiquiátrica e direito ao tratamento adequado

A Lei nº 10.216/2001 redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e positivou direitos específicos das pessoas com transtornos mentais, afastando a lógica de segregação e afirmando tratamento digno, humanizado e preferencialmente comunitário. Entretanto, a crítica ao manicômio não elimina a exigência de qualidade quando a internação se mostra necessária; ela a torna ainda mais rigorosa, porque a privação terapêutica de liberdade deve ser acompanhada de maior densidade de garantias (Brasil, 2001; Amarante, 2007).

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (BRASIL, 2001).

O direito ao “melhor tratamento” não pode ser interpretado de modo abstrato ou puramente retórico. Em uma unidade especializada, esse direito envolve disponibilidade de psiquiatra qualificado para coordenar tecnicamente linhas de cuidado, avaliar riscos, definir critérios de internação e alta, revisar prescrições complexas e assegurar que a intervenção não se transforme em mera custódia hospitalar (BRASIL, 2001; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013b).

O tratamento humanizado previsto pela Reforma Psiquiátrica requer mais do que linguagem respeitosa: exige ambiente terapêutico, plano de cuidado individualizado, manejo proporcional de crises, prevenção de danos e respeito à história singular do paciente. A ausência de protocolos pode produzir variações arbitrárias de conduta e enfraquecer o controle ético de intervenções como contenção, sedação, restrição de circulação, transferência e alta (Brasil, 2001; Thibaut et al., 2019).

A internação psiquiátrica deve ser medida excepcional e orientada por finalidade terapêutica, mas, quando realizada, não pode ocorrer em ambiente tecnicamente improvisado. A excepcionalidade da internação reforça a necessidade de critérios claros e de liderança especializada, pois cada dia de permanência hospitalar deve ser clinicamente justificado e acompanhado por plano de reinserção progressiva na rede territorial (Brasil, 2001; Brasil, 2026a).

2.5 Responsável técnico especializado e Resolução CFM nº 2.007/2013

A responsabilidade técnica em serviço médico especializado tem natureza híbrida: envolve gestão, supervisão, organização de fluxos e garantia de regularidade assistencial, mas permanece intrinsecamente conectada à atividade-fim médica. Por isso, em psiquiatria hospitalar, não é suficiente compreender o responsável técnico como mero administrador; sua função atinge diretamente a qualidade das decisões clínicas e a segurança dos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013A; TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 6ª REGIÃO, 2026).

Para o médico exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013a).

A exigência de titulação especializada tem fundamento ético-regulatório porque serviços especializados lidam com riscos próprios, linguagem técnica específica, terapêuticas complexas e decisões cuja inadequação pode gerar danos graves. A psiquiatria hospitalar demanda domínio de psicopatologia, psicofarmacologia, urgências psiquiátricas, avaliação de risco, comorbidades clínicas e interfaces jurídicas da internação, razão pela qual a ausência de psiquiatra na gerência técnica fragiliza a governança do serviço (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013a; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013b).

A decisão proferida pelo Tribunal Regional Federal da 6ª Região nos autos de nº 6011270-36.2025.4.06.0000/MG, interposto pela Associação Brasileira de Médicos com Expertise de Pós-Graduação (ABRAMEPO) em face do Conselho Federal de Medicina (CFM), ao apreciar pedido de tutela recursal relacionado à Resolução CFM nº 2.007/2013, reconheceu, em análise preliminar, a competência regulatória do Conselho Federal de Medicina para estabelecer requisitos técnicos destinados ao exercício de funções de direção, supervisão e responsabilidade técnica em serviços médicos especializados. Tal entendimento reforça que a responsabilidade técnica especializada não se limita a requisito meramente formal ou burocrático, constituindo instrumento voltado à proteção da segurança assistencial, da qualidade do cuidado e dos usuários dos serviços especializados de saúde (TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 6ª REGIÃO, 2026).

A responsabilidade técnica, ainda que envolva atribuições de cunho organizacional e gerencial, está intrinsecamente vinculada à supervisão e à regularidade do funcionamento de serviços assistenciais especializados, cuja atuação impacta diretamente a atividade-fim médica e a segurança dos pacientes. (TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 6ª REGIÃO, 2026).

A Resolução CFM nº 2.147/2016, ao tratar das responsabilidades de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço, reforça que a direção técnica se relaciona à garantia de condições adequadas de funcionamento, supervisão dos serviços e organização assistencial. Em hospital psiquiátrico, tais deveres exigem leitura especializada dos riscos do cuidado e capacidade de converter normas gerais em rotinas clínicas coerentes com a psiquiatria (Conselho Federal de Medicina, 2016).

2.6 Resolução CFM nº 2.057/2013 e especificidade da assistência psiquiátrica

A Resolução CFM nº 2.057/2013 consolidou normas da área de psiquiatria e reiterou princípios de proteção à pessoa humana, defesa do ato médico psiquiátrico e critérios mínimos de segurança para estabelecimentos hospitalares ou assistenciais psiquiátricos. Essa resolução evidencia que a assistência psiquiátrica especializada possui densidade normativa própria, não podendo ser administrada como serviço genérico de internação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013b).

Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas. (Conselho Federal de Medicina,, 2013b).

A especificidade da assistência psiquiátrica não decorre de corporativismo profissional, mas da necessidade de proteger pacientes diante de condutas que podem afetar liberdade, integridade física, lucidez, vínculo familiar e reinserção social. A decisão de internar, conter, medicar, manter, transferir ou dar alta requer critérios clínicos e éticos especializados, sobretudo em quadros graves com risco de desorganização, agressividade, autoabandono ou incapacidade transitória de autocuidado (Conselho Federal de Medicina, 2013b; Beauchamp; Childress, 2019).

A unidade especializada que recebe casos graves funciona como retaguarda de maior complexidade dentro da rede de saúde mental, ainda que não possua a nomenclatura formal de unidade de terapia intensiva. A analogia funcional com uma “UTI da saúde mental” se justifica pelo grau de vigilância clínica, pela necessidade de respostas rápidas e pela exigência de equipe tecnicamente orientada, mas deve ser usada com cautela para evitar medicalização excessiva ou afastamento da lógica psicossocial (BRASIL, 2001; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013b).

Quando a gerência clínica não é especializada, a unidade pode falhar em reconhecer sinais de agravamento, efeitos adversos medicamentosos, comorbidades clínicas, riscos ambientais, necessidade de intervenção familiar ou critérios de desinternação. Isso contraria a

ideia de cuidado integral, pois o paciente psiquiátrico grave deve ser visto como pessoa inteira, com sofrimento psíquico, necessidades clínicas, vínculos sociais e direitos fundamentais (Brasil, 1990; Thibaut et al., 2019).

2.7 Protocolos clínicos, medicina baseada em evidências e segurança do paciente

Protocolos clínicos não substituem o julgamento médico, mas qualificam a decisão ao organizar evidências, fluxos, responsabilidades e critérios mínimos para situações frequentes ou críticas. Em psiquiatria hospitalar, protocolos são relevantes para admissão, avaliação de risco, manejo de agitação, uso de contenção, psicofarmacologia, prevenção de eventos adversos, comunicação com familiares, alta segura e continuidade do cuidado (Conitec, 2026; Thibaut et al., 2019).

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. (CONITEC, 2026).

A inexistência de protocolos em unidade psiquiátrica especializada tende a ampliar a variabilidade injustificada das condutas, pois cada plantão pode adotar critérios próprios para situações de alto risco. A variação clínica sem base em evidência prejudica a previsibilidade, dificulta treinamento, compromete auditoria e reduz a capacidade de identificar falhas sistêmicas, especialmente em instituições com alta rotatividade profissional (CONITEC, 2026; Thibaut et al., 2019).

A segurança do paciente passou a ocupar centralidade normativa no Brasil com a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente e com a RDC nº 36/2013. Tais instrumentos exigem que serviços de saúde adotem estratégias organizadas para reduzir riscos e melhorar qualidade; por isso, a ausência de protocolos em psiquiatria hospitalar não é lacuna neutra, mas fragilidade institucional de segurança (Brasil, 2013a; ANVISA, 2013).

A RDC nº 36/2013 explicita que a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde são objetivos regulatórios. Em serviços psiquiátricos, isso envolve riscos específicos, como quedas, evasão, violência, reações adversas medicamentosas, contenção inadequada, comunicação insuficiente e alta sem plano de seguimento, o que demanda protocolos próprios e monitoramento sistemático (ANVISA, 2013; Thibaut et al., 2019).

2.8 Governança clínica e qualidade técnica da gestão hospitalar

Governança clínica pode ser compreendida como o conjunto de cultura, sistemas e processos que permite entregar cuidado seguro, efetivo e em melhoria contínua. Na unidade psiquiátrica, ela inclui liderança técnica, protocolos, educação permanente, gestão de incidentes, avaliação de desempenho, participação do paciente e articulação com a rede, elementos que dependem de direção especializada e responsabilização clara (Australian Commission On Safety And Quality In Health Care, 2026).

A gerência clínica qualificada não se confunde com gestão administrativa de recursos materiais, embora dependa dela. Seu objeto é a qualidade técnica do cuidado: quem decide, com base em quais critérios, com que supervisão, como se registra, como se aprende com falhas e como se protege o paciente quando há conflito entre autonomia, risco e necessidade terapêutica (Australian Commission On Safety And Quality In Health Care, 2026; Conselho Federal De Medicina, 2016).

Em hospitais especializados, a falta de governança clínica cria risco organizacional. Mesmo profissionais competentes podem atuar de modo fragmentado se não houver protocolos, liderança e fluxos pactuados. Por isso, a responsabilidade técnica psiquiátrica tem função estruturante: ela traduz princípios constitucionais, bioéticos e científicos em rotinas verificáveis de cuidado (Donabedian, 1988; Conselho Federal De Medicina, 2013a).

Uma unidade especializada sem psiquiatra responsável pela gerência técnica pode até possuir profissionais assistenciais em plantões, mas carece de eixo de coordenação do cuidado. Essa ausência afeta a estrutura e o processo, porque a liderança especializada é quem deve organizar linhas de cuidado, padronizar condutas, supervisionar indicadores e articular decisões com a direção clínica e administrativa (Conselho Federal De Medicina, 2016; Donabedian, 1988).

2.9 Bioética: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia

A beneficência exige oferecer o melhor cuidado disponível, considerando conhecimento técnico, recursos existentes e necessidades do paciente. Quando a instituição mantém unidade psiquiátrica especializada sem responsável técnico psiquiatra e sem protocolos, dificulta a realização prática desse princípio, pois o “bem” terapêutico deixa de ser organizado por critérios especializados e verificáveis (Beauchamp; Childress, 2019; Conselho Federal de Medicina, 2013b).

A não maleficência impõe reduzir riscos previsíveis decorrentes de falhas organizacionais. Em saúde mental hospitalar, o dano não decorre apenas de atos individuais equivocados, mas de sistemas inseguros: ausência de fluxos, falta de avaliação de risco, comunicação falha, uso inadequado de contenção, monitoramento insuficiente e alta sem continuidade. Protocolos e liderança técnica são barreiras de segurança contra esses danos (Beauchamp; Childress, 2019; ANVISA, 2013).

A justiça bioética demanda acesso equitativo a cuidados especializados. O paciente psiquiátrico grave atendido na Amazônia não pode receber padrão inferior por viver em território distante dos grandes centros, pois equidade significa reconhecer desigualdades e organizar respostas proporcionais às necessidades. A falta de especialista na gestão técnica aprofunda desigualdades regionais e pode transformar a escassez em normalidade institucional (Beauchamp; Childress, 2019; WHO; OHCHR, 2023).

A autonomia, em psiquiatria hospitalar, deve ser compreendida como autonomia protegida. Mesmo quando há redução transitória da capacidade decisional, o paciente deve receber informação compatível, participar quando possível, ter sua vontade considerada, contar com família ou rede de apoio e ser protegido contra decisões arbitrárias. Protocolos fortalecem a autonomia porque tornam as decisões transparentes, justificadas e passíveis de revisão (Beauchamp; Childress, 2019; Brasil, 2001).

2.10 Compatibilidade jurídica da ausência de gerência técnica psiquiátrica

Se o serviço é especializado em psiquiatria, a ausência de médico psiquiatra especialista na gerência técnica tende a conflitar com a Resolução CFM nº 2.007/2013, que exige titulação em especialidade registrada para responsabilidade médica de serviços assistenciais especializados. Também tende a fragilizar a Resolução CFM nº 2.057/2013, pois esta pressupõe critérios mínimos de segurança e defesa da especificidade psiquiátrica (Conselho Federal de Medicina, 2013a; Conselho Federal de Medicina, 2013b).

A inexistência de protocolos estruturados, por sua vez, compromete o dever de segurança do paciente, a medicina baseada em evidências e a governança clínica. A ausência simultânea de liderança especializada e de protocolos aumenta o risco de decisões casuísticas, inconsistência terapêutica e violação do direito ao tratamento adequado, sobretudo quando se trata de internação de pacientes graves (Brasil, 2001; ANVISA, 2013; CONITEC, 2026).

A decisão do TRF6 citada neste artigo reforça que a suspensão da exigência de especialidade poderia gerar risco inverso, fragilizando o regime de fiscalização e responsabilidade técnica dos serviços especializados. Embora se trate de decisão em tutela recursal e não de julgamento definitivo do mérito, seu fundamento é relevante para interpretar a responsabilidade técnica como mecanismo de proteção da saúde pública e da segurança dos usuários (Tribunal Regional Federal da 6ª Região, 2026).

Sob a ótica constitucional, a ausência de responsável técnico psiquiatra e de protocolos não se harmoniza com a dignidade, a integralidade, a eficiência e a proteção reforçada de vulneráveis. Não basta que o hospital esteja aberto ou que haja atendimento episódico; o serviço especializado deve comprovar que possui estrutura de decisão compatível com a gravidade dos casos que recebe (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Sarlet, 2012).

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A análise realizada permite afirmar que a ausência de gerência técnica exercida por médico psiquiatra especialista e a inexistência de protocolos clínicos estruturados em unidade hospitalar especializada em atendimento psiquiátrico não se compatibilizam com o modelo constitucional brasileiro de direito à saúde. A saúde mental hospitalar, sobretudo em casos graves, exige mais do que disponibilidade formal de leitos: requer direção técnica qualificada, governança clínica, segurança do paciente e cuidado fundado em evidências.

O responsável técnico especializado deve ser compreendido como garantia institucional de qualidade e não como exigência corporativa ou burocrática. Em serviços psiquiátricos, sua função alcança supervisão do cuidado, construção de fluxos, avaliação de riscos, definição de rotinas, educação permanente, auditoria clínica e articulação com a rede. Por isso, sua ausência pode gerar fragilidade estrutural incompatível com a proteção de pacientes em sofrimento psíquico intenso.

No contexto amazônico, a vulnerabilidade territorial não deve servir como justificativa para menor proteção técnica. Ao contrário, a distância geográfica, a escassez de especialistas e as dificuldades de articulação da rede tornam ainda mais relevante a existência de gestão clínica qualificada. A unidade especializada que atende casos graves deve funcionar como ponto de cuidado de alta responsabilidade, com padrões compatíveis com a complexidade dos pacientes recebidos.

Conclui-se, portanto, que a gerência técnica psiquiátrica e os protocolos clínicos estruturados integram o conteúdo mínimo de uma assistência hospitalar psiquiátrica constitucionalmente adequada. A ausência desses elementos pode configurar risco à dignidade, à integralidade, à eficiência, à segurança do paciente e aos direitos das pessoas com transtornos mentais, exigindo correção institucional por meio de responsabilização técnica, elaboração de protocolos, auditoria permanente e fortalecimento da governança clínica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: <https://anvisa.legis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&numeroAto=00000036&tvalorAno=2013>. Acesso em: 5 jun. 2026.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. Clinical Governance Standard. Sydney: ACSQHC, 2026. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/national-standards/nsqhs-standards/clinical-governance-standard>. Acesso em: 5 jun. 2026.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 5 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 5 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 5 jun. 2026.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 5 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.007, de 10 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados. Brasília, DF: CFM, 2013a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2007>. Acesso em: 5 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.057, de 20 de setembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera princípios de proteção ao ser humano e critérios mínimos de segurança para estabelecimentos de assistência psiquiátrica. Brasília, DF: CFM, 2013b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: 5 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Brasília, DF: CFM, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>. Acesso em: 5 jun. 2026.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

THIBAUT, Bastien et al. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. BMJ Open, London, v. 9, n. 12, e030230, 2019.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 6ª REGIÃO. Agravo de Instrumento nº 6011270-36.2025.4.06.0000/MG. Relator: Desembargador Federal Miguel Angelo de Alvarenga Lopes. Belo Horizonte: TRF6, 9 fev. 2026.

WHO; OHCHR. World Health Organization; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva:

WHO; OHCHR, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>. Acesso em: 5 jun. 2026.