

ELETROCONVULSOTERAPIA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, BARREIRAS DE ACESSO E O DIREITO CONSTITUCIONAL AO MELHOR TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA

Moisés Rosa Pereira¹
Pricila Waleska Barros Macedo²
Matheus da Silva Sakamoto³
Leonardo Alves Costa Cunha⁴
Raimundo Nonato Filho Pereira dos Santos⁵
Artemisa Costa Barata⁶
Misael Rosa Pereira⁷
Jobson de Souza Macedo⁸
Argentino Graça Vimbuando de Pina⁹
Sílvia Batista Nery¹⁰
Fernando Kladt Spolidoro¹¹
Mayda de Oliveira Queiroz¹²
Pablo Gnutzmann Pereira¹³
Giane Zupellari dos Santos Melo¹⁴

RESUMO: Este artigo analisa a eletroconvulsoterapia (ECT) na Amazônia brasileira, relacionando evidências científicas, barreiras de acesso e direito constitucional ao melhor tratamento em saúde mental. O problema investigado é a possível incompatibilidade entre a ausência de serviços públicos especializados de ECT e os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, especialmente diante de quadros como depressão grave resistente, catatonia, mania grave e situações específicas de esquizofrenia refratária. O objetivo é examinar o tema sob perspectiva jurídico-bioética, constitucional e assistencial. A metodologia consiste em revisão narrativa e documental, com análise da Constituição Federal, das Leis n. 8.080/1990 e n. 10.216/2001, da Resolução CFM n. 2.057/2013, de literatura científica recente e de recomendação do Ministério Público Federal no Amazonas. Conclui-se que, quando clinicamente indicada e realizada com anestesia, protocolos, consentimento e equipe capacitada, a ECT pode integrar a alta complexidade em saúde mental; sua ausência pública na Amazônia tende a ampliar desigualdades e a enfraquecer o direito ao melhor tratamento.

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia. Saúde mental. Amazônia. Direito à saúde. SUS. Bioética.

¹Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia, Médico Psiquiatra, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

²Mestranda em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

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

⁴Mestrando em Ciências da Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

⁵Graduado em Medicina, Médico, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

⁶Graduada em Medicina, Médica, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

⁷Graduado em Medicina, Médico Residente de Psiquiatria - COREME - SES AM, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

⁸Graduado em Medicina, Médico Residente de Psiquiatria - UNL, Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil.

⁹Graduado em Medicina, Médico Residente de Psiquiatria - HUGV, Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola.

¹⁰Professora Especialista, Médica Psiquiatra, Universidade Nilton Lins (UNL) e COREME/SES-AM, Manaus-AM, Brasil.

¹¹Mestre em Patologia Tropical, Professor, Médico Psiquiatra, Universidade Nilton Lins (UNL) e COREME/SES-AM, Manaus-AM, Brasil.

¹²Professora Especialista, Médica Psiquiatra, COREME/SES-AM, Manaus-AM, Brasil.

¹³Professor Especialista, Médico Psiquiatra, Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus-AM.

¹⁴Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde na Amazônia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus-AM, Brasil. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT: This article analyzes electroconvulsive therapy (ECT) in the Brazilian Amazon by connecting scientific evidence, access barriers and the constitutional right to the best available mental health treatment. The study examines whether the lack of specialized public ECT services is compatible with the principles of universality, comprehensiveness and equity in the Brazilian Unified Health System. The method is a narrative legal-bioethical and documentary review based on constitutional law, mental health legislation, professional regulation, recent scientific literature and a public recommendation from the Federal Prosecution Service in Amazonas. The article concludes that, when clinically indicated and performed with anesthesia, protocols, consent and trained teams, ECT may form part of high-complexity mental health care, while its lack of public availability in the Amazon can deepen inequalities.

Keywords: Electroconvulsive therapy. Mental health. Amazon. Right to health. Bioethics.

1 INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) permanece marcada por controvérsias simbólicas no debate público brasileiro. Ainda assim, a literatura atual a descreve como procedimento médico regulamentado, realizado com anestesia e indicado para situações clínicas graves e específicas. A distância entre a imagem social do procedimento e sua prática contemporânea dificulta o acesso de pacientes que poderiam se beneficiar de uma intervenção tecnicamente reconhecida (Conselho Federal De Medicina, 2013; Singh et al., 2026).

Na Amazônia brasileira, a discussão adquire relevância constitucional. Grandes distâncias, concentração de serviços especializados nas capitais, custos de deslocamento, desigualdades regionais e fragilidade de linhas de cuidado tornam a indisponibilidade da ECT mais do que uma lacuna tecnológica: ela pode significar exclusão terapêutica de pessoas com sofrimento mental grave e maior vulnerabilidade social (Brasil, 1988; Ministério Público Federal, 2025).

O problema de pesquisa consiste em saber se a ausência de serviços públicos especializados de ECT, nos casos de indicação clínica comprovada, é compatível com o direito à saúde, com a integralidade assistencial, com a Lei n. 10.216/2001 e com os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Parte-se da hipótese de que a falta absoluta de oferta pública pode transformar o direito ao melhor tratamento em promessa formal sem efetividade regional (Brasil, 1990; Brasil, 2001).

O objetivo geral é analisar a ECT na Amazônia brasileira a partir de evidências científicas, barreiras de acesso e direito constitucional ao melhor tratamento em saúde mental. Como objetivos específicos, discutem-se indicações clínicas, segurança anestésica, requisitos

de protocolo, judicialização, equidade territorial e necessidade de políticas públicas de ampliação responsável da oferta (Anand et al., 2023; Ministério Público Federal, 2025).

A metodologia é revisão narrativa, jurídico-bioética e documental. Foram examinadas normas constitucionais e sanitárias, a Resolução CFM n. 2.057/2013, a Recomendação n. 06/2025/MPF/PRAM/1º Ofício, diretrizes clínicas e literatura científica recente. A opção por revisão narrativa decorre da natureza interdisciplinar do tema, que envolve direito, psiquiatria, anestesiologia, bioética e gestão pública (Conselho Federal de Medicina, 2013; Thirthalli et al., 2023).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Direito constitucional à saúde mental e integralidade do cuidado

A Constituição Federal define a saúde como direito de todos e dever do Estado, vinculando políticas públicas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário. Em saúde mental, esse comando não se limita ao atendimento comunitário, pois a integralidade pressupõe articulação entre atenção primária, CAPS, urgência, hospitalização qualificada e tratamentos especializados, quando necessários ao caso concreto (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

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, art. 196).

A Lei n. 10.216/2001 redireciona o modelo assistencial em saúde mental, mas não autoriza omissão terapêutica. Ao garantir acesso ao melhor tratamento consentâneo às necessidades da pessoa, a norma exige que o SUS disponha de respostas proporcionais para casos graves, inclusive tecnologias de alta complexidade quando houver evidência, indicação e segurança (Brasil, 2001; Ministério da Saúde, 2011).

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito. (Brasil, 2001, art. 2º).

A Rede de Atenção Psicossocial foi criada para ampliar e articular pontos de cuidado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental. A ECT, quando indicada, não substitui a atenção psicossocial territorial; ela integra uma resposta de alta complexidade para situações em que os recursos usuais foram insuficientes ou não são adequados à urgência clínica (Ministério Da Saúde, 2011; Singh et al., 2026).

A integralidade deve ser compreendida em sentido vertical e horizontal. Verticalmente, exige passagem segura entre níveis de complexidade; horizontalmente, demanda articulação

entre cuidado clínico, suporte familiar, reabilitação psicossocial e proteção de direitos. Assim, a oferta de ECT não contradiz a RAPS, pois pode funcionar como recurso especializado dentro de um projeto terapêutico singular (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2011).

O Supremo Tribunal Federal reconheceu que a intervenção institucional em políticas públicas de direitos fundamentais pode ser legítima diante de ausência ou deficiência grave de serviço. Essa orientação reforça que a judicialização da ECT deve ser lida como sintoma de falha estrutural da rede, exigindo plano público e não apenas custeio casuístico (Supremo Tribunal Federal, 2023; Ministério Público Federal, 2025).

2.2 Evidências científicas e principais indicações clínicas

A literatura contemporânea descreve a ECT como tratamento estabelecido para transtornos psiquiátricos graves, sobretudo depressão resistente, catatonia, transtorno bipolar em fase grave e algumas situações de esquizofrenia ou quadros psicóticos refratários. Essa afirmação não autoriza uso indiscriminado, mas afasta a ideia de que o procedimento seja experimental ou incompatível com cuidado humanizado (Singh et al., 2026; Thirthalli et al., 2023).

Na depressão maior resistente, a ECT é reconhecida como uma das estratégias de maior rapidez clínica. O ensaio ELEKT-D comparou ECT e cetamina em depressão resistente sem psicose, mostrando que o campo científico discute seleção de pacientes, efeitos cognitivos, alternativas e proporcionalidade, e não a simples eliminação da ECT do arsenal terapêutico (Anand et al., 2023).

Em catatonia, a ECT aparece como recurso de elevada relevância, principalmente em quadros graves ou refratários. Nesses casos, a demora de acesso pode agravar o sofrimento e dificultar a recuperação funcional, razão pela qual serviços de urgência, CAPS e hospitais precisam reconhecer sinais clínicos que justifiquem encaminhamento especializado (Singh et al., 2026; Thirthalli et al., 2023).

Nos episódios de mania grave, a ECT pode ser indicada quando o tratamento farmacológico não apresenta resposta suficiente, quando há contraindicações ou quando a gravidade exige resposta rápida. Na esquizofrenia, seu uso deve ser restrito a situações específicas, como refratariedade, sintomas positivos persistentes ou catatonia associada, sempre mediante avaliação psiquiátrica especializada (Nice, 2003; Thirthalli et al., 2023).

A Recomendação n. 06/2025 do Ministério Público Federal no Amazonas incorporou manifestação técnica da Associação Brasileira de Psiquiatria, segundo a qual a ECT tem respaldo em ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises. Esse documento é relevante porque desloca o centro da controvérsia para a inexistência de oferta pública e de regulação efetiva na região amazônica (Ministério Público Federal, 2025).

A Associação Brasileira de Psiquiatria reafirma que a ECT é procedimento que encontra evidência de eficácia através de múltiplos ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises. (Ministério Público Federal, 2025).

A indicação de ECT pressupõe avaliação clínica individualizada. Diagnóstico, gravidade, refratariedade, risco clínico, tratamentos prévios, comorbidades e preferência do paciente precisam ser considerados antes da decisão. Essa cautela é essencial para evitar que a defesa do acesso seja confundida com defesa de uso automático, pois a qualidade da indicação é parte da própria segurança assistencial (Thirhalli et al., 2023; Conselho Federal de Medicina, 2013).

Revisões recentes também discutem associação entre ECT e redução de mortalidade ou de desfechos ligados a risco suicida em populações graves, embora a interpretação deva considerar limites metodológicos dos estudos. Ainda assim, a existência de evidência favorável reforça a necessidade de avaliação pública séria para pacientes que não respondem ao cuidado convencional (Naismith et al., 2025; Zilles-Wegner et al., 2026).

2.3 Segurança, anestesia e protocolos clínicos

O debate técnico exige distinguir a ECT contemporânea de práticas históricas não modificadas. Atualmente, o procedimento deve ocorrer com anestesia, relaxamento muscular, monitorização, avaliação prévia e equipamentos apropriados, o que altera substancialmente seu perfil de segurança e sua compatibilidade com a bioética clínica (Conselho Federal De Medicina, 2013; Singh et al., 2026).

Art. 21. A eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser realizada em ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida e a procedimentos anestésicos e de recuperação. Art. 23. A ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica, não se tratando de terapêutica de exceção. Art. 25. A ECT só pode ser realizada com anestesia. (Conselho Federal de Medicina, 2013).

A Resolução CFM n. 2.057/2013 exige ambiente seguro, avaliação clínica geral, atenção às condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas, anestesia e máquinas modernas certificadas. Portanto, ampliar acesso não significa improvisar o procedimento, mas implantar

serviço habilitado, com governança clínica e responsabilização profissional (Conselho Federal de Medicina, 2013).

A revisão anestésica de Singh et al. destaca que a anestesia interfere na segurança, na qualidade da crise terapêutica, na estabilidade hemodinâmica e na recuperação. Por isso, uma política pública de ECT precisa envolver psiquiatria, anestesiologia, enfermagem, avaliação pré-procedimento e monitorização intra e pós-procedimento (Singh et al., 2026).

Protocolos clínicos reduzem riscos e desigualdades de indicação. Devem prever critérios diagnósticos, refratariedade, urgência, consentimento, avaliação de capacidade decisória, registro em prontuário, acompanhamento cognitivo, plano de manutenção e articulação com a RAPS, evitando tanto omissão quanto uso sem critério (Conselho Federal de Medicina, 2013; Ministério da Saúde, 2011).

A segurança do procedimento depende também de acompanhamento posterior. O plano assistencial deve prever avaliação de resposta, reavaliação de medicamentos, seguimento cognitivo, eventual manutenção e retorno coordenado à rede territorial. Sem essa continuidade, a ECT corre o risco de ser tratada como evento isolado, quando deveria integrar uma trajetória de cuidado (Singh et al., 2026; Ministério da Saúde, 2011).

O consentimento informado deve ser processo comunicativo, e não mero formulário. O paciente, seus familiares ou responsáveis, quando pertinente, precisam compreender finalidade, benefícios esperados, riscos, alternativas, necessidade de anestesia e continuidade do cuidado, em linguagem acessível e respeitosa (Brasil, 2001; Beauchamp; Childress, 2019).

2.4 Barreiras amazônicas de acesso e judicialização

A Amazônia brasileira apresenta barreiras territoriais que tornam insuficiente a simples previsão normativa de acesso. A concentração de serviços especializados, as distâncias, os custos de deslocamento e a dificuldade de fixação de profissionais produzem desigualdade concreta para pacientes que necessitam de tratamento de alta complexidade em saúde mental (Brasil, 1990; Ministério Público Federal, 2025).

A Recomendação n. 06/2025/MPF/PRAM/1º Ofício registra solicitação de instalação de serviço público de ECT no Amazonas e menciona que decisões judiciais têm obrigado o custeio do procedimento em serviços particulares. Isso demonstra que a ausência de oferta pública não elimina a demanda: apenas desloca o acesso para a judicialização, para o setor privado ou para a não assistência (Ministério Público Federal, 2025).

O expediente solicitou providências urgentes para que a União e o Estado do Amazonas instalem serviço de saúde mental que disponibilize a Eletroconvulsoterapia no sistema público de saúde. (Ministério Público Federal, 2025).

No Amazonas, a oferta de eletroconvulsoterapia permanece extremamente restrita. Atualmente, segundo levantamento local dos autores, apenas duas equipes realizam ECT no estado, ambas vinculadas a hospitais privados. No âmbito do Sistema Único de Saúde, o acesso ao procedimento ocorre, em regra, apenas mediante determinação judicial, o que transforma uma indicação terapêutica especializada em demanda judicializada e tardia.

Esse cenário torna-se ainda mais relevante quando se considera a dimensão populacional do estado. O Amazonas possui população estimada de 4.321.616 habitantes, enquanto Manaus concentra 2.303.732 habitantes, segundo dados do IBGE. Admitindo-se, de forma estimativa, que aproximadamente 10% da população apresente algum transtorno mental e que cerca de 1% desses pacientes possa, em algum momento, apresentar indicação clínica para ECT, haveria no Amazonas aproximadamente 432.162 pessoas com transtornos mentais, das quais cerca de 4.322 poderiam necessitar de avaliação para ECT. Em Manaus, essa estimativa corresponderia a aproximadamente 230.373 pessoas com transtornos mentais, com potencial demanda de 2.304 pacientes para avaliação especializada de ECT.

Embora se trate de cálculo aproximado, ele evidencia a desproporção entre a demanda potencial e a oferta real do procedimento. A existência de apenas duas equipes privadas, sem serviço público estruturado, produz dependência do setor privado e da judicialização. Assim, pacientes com menor renda, residentes no interior, ribeirinhos, indígenas e pessoas sem acesso facilitado à Defensoria Pública ou ao Ministério Público tendem a permanecer excluídos do tratamento, mesmo quando há indicação clínica formal.

Em Manaus, a existência de apenas dois CAPS III para uma capital com mais de dois milhões de habitantes reforça a insuficiência da rede assistencial diante de casos graves, refratários ou de maior complexidade. A ausência de uma linha pública regulada para ECT fragiliza a integralidade do cuidado em saúde mental, pois o paciente percorre CAPS, urgência, internação e ambulatório especializado sem garantia de acesso a uma tecnologia terapêutica reconhecida quando indicada. Esse dado fortalece o argumento central do artigo: a falta de oferta pública de ECT na Amazônia não representa apenas ausência de procedimento, mas uma barreira concreta ao direito constitucional ao melhor tratamento em saúde mental.

Quando o Estado responde apenas por ações individuais, o acesso tende a ser tardio e desigual. Pessoas com maior capacidade de litigar chegam ao tratamento, enquanto pacientes

do interior, populações ribeirinhas, indígenas e famílias sem apoio jurídico permanecem invisíveis. A equidade exige planejamento regional, e não privilégio processual (Supremo Tribunal Federal, 2023; Ministério Público Federal, 2025).

As barreiras também são formativas. Profissionais da atenção primária, CAPS, urgência e hospitais gerais precisam reconhecer quadros em que a ECT pode ser considerada, evitando atrasos motivados por desconhecimento ou estigma. A educação permanente é parte da própria política de acesso (Ministério da Saúde, 2011; Thirthalli et al., 2023).

A ausência de dados públicos sistemáticos sobre demanda reprimida, encaminhamentos negados e deslocamentos para tratamento especializado dificulta a gestão. Em regiões extensas, a invisibilidade estatística pode funcionar como forma de omissão, pois a falta de registro impede dimensionar necessidades, custos e prioridades de implantação do serviço (Brasil, 1990; Ministério Público Federal, 2025).

Uma resposta adequada demandaria centros de referência regionais, pactuação interfederativa, transporte sanitário quando necessário, regulação transparente e seguimento territorial após o procedimento. Assim, a alta complexidade não substitui a rede comunitária: ela a complementa nos casos em que a gravidade ultrapassa a capacidade terapêutica ordinária (Brasil, 1990; Ministério da Saúde, 2011).

2.5 Bioética da ECT: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia

A beneficência exige oferecer o melhor cuidado disponível para a necessidade clínica concreta. Em ECT, isso significa não ocultar opção terapêutica reconhecida quando há depressão resistente, catatonia, mania grave ou refratariedade específica, desde que a indicação seja tecnicamente fundamentada e os requisitos de segurança estejam presentes (Beauchamp; Childress, 2019; Singh et al., 2026).

A não maleficência obriga comparar riscos do procedimento com riscos da omissão. Perguntar apenas se a ECT possui efeitos adversos é insuficiente; é preciso avaliar sofrimento persistente, falha de tratamentos prévios, hospitalizações prolongadas e deterioração funcional decorrente da ausência de resposta efetiva (Beauchamp; Childress, 2019; Anand et al., 2023).

A justiça exige acesso equitativo a cuidados especializados. Quando a ECT existe no setor privado, mas não está organizada no serviço público regional, o tratamento passa a depender de renda, endereço e judicialização, e não apenas da necessidade clínica. Esse cenário contraria a igualdade material do SUS (Brasil, 1990; Ministério Público Federal, 2025).

A autonomia não se realiza em um vazio assistencial. Para decidir, o paciente deve receber informação compreensível; para escolher, precisa que existam alternativas reais na rede. Sem oferta pública, a decisão informada é substituída pela indisponibilidade, o que fragiliza o consentimento e a dignidade da pessoa com transtorno mental grave (Brasil, 2001; Beauchamp; Childress, 2019).

A vulnerabilidade em saúde mental possui dimensão clínica e social. A pessoa pode enfrentar sofrimento intenso, dependência familiar, perda de renda, barreiras de comunicação e baixa capacidade de deslocamento. Por isso, a política pública deve ser desenhada para alcançar quem menos consegue reivindicar o tratamento, e não apenas quem chega às instâncias administrativas ou judiciais (Brasil, 2001; Ministério Público Federal, 2025).

A crítica internacional a representações imprecisas da ECT ressalta que políticas baseadas em direitos não devem reforçar estigmas contra tratamentos eficazes. A defesa da liberdade e da dignidade é compatível com uso criterioso, consentido, monitorado e tecnicamente justificado da ECT em situações clínicas graves (Zilles-Wegner et al., 2026; World Health Organization, 2025).

2.6 Incorporação, regulação e política pública para ampliação responsável

9

A incorporação de tecnologias no SUS deve observar evidências, segurança, custo-efetividade, impacto orçamentário e protocolos. No caso da ECT, a existência de literatura favorável não elimina a necessidade de avaliação institucional; ao contrário, torna necessária uma decisão transparente sobre indicações, estrutura e responsabilidades federativas (Brasil, 1990; Ministério Público Federal, 2025).

A Recomendação do MPF aponta a necessidade de análise da ECT nos casos de indicação clínica comprovada e menciona a competência do Ministério da Saúde, com assessoramento da CONITEC, para incorporação e protocolos. Esse caminho é mais adequado do que a multiplicação de ordens judiciais isoladas, pois permite padronização e monitoramento (Ministério Público Federal, 2025; Brasil, 1990).

Uma linha de cuidado pública deveria prever serviço hospitalar com suporte anestésico, equipamento certificado, psiquiatra, anestesista, enfermagem treinada, sala de recuperação, avaliação prévia, consentimento informado e seguimento na rede territorial. Tais requisitos derivam da Resolução CFM n. 2.057/2013 e da lógica de articulação da RAPS (Conselho Federal De Medicina, 2013; Ministério Da Saúde, 2011).

A análise econômica deve incluir custos diretos e indiretos. Internações prolongadas, transporte para outros estados, ações judiciais, contratação privada e perda funcional de pacientes e familiares podem tornar a omissão mais onerosa do que a implantação planejada. A ausência de estudo específico não justifica inércia permanente; justifica produção de evidências locais (Ministério Público Federal, 2025; Brasil, 1990).

A ampliação responsável precisa diferenciar disponibilidade de banalização. A ECT deve ser ofertada para casos clinicamente indicados, e não convertida em solução genérica para todo sofrimento mental. Essa distinção preserva a segurança do paciente, a sustentabilidade do sistema e a legitimidade pública da tecnologia (Nice, 2003; Thirthalli et al., 2023).

Para a Amazônia, a política deve ser territorializada: centros de referência, teleconsultoria, transporte pactuado, formação profissional e diálogo intercultural podem reduzir desigualdades de acesso. A equidade, nesse cenário, não é adorno principiológico, mas critério técnico para organizar a oferta de alta complexidade em saúde mental (Brasil, 1990; Ministério Da Saúde, 2011).

A regulação pública deve proteger o paciente contra dois extremos: a negação ideológica de um tratamento eficaz e a oferta sem salvaguardas suficientes. Critérios de prioridade, dupla checagem clínica, avaliação anestésica, comunicação clara e auditoria de resultados são instrumentos de equilíbrio entre acesso, prudência e qualidade assistencial (Conselho Federal De Medicina, 2013; Beauchamp; Childress, 2019).

A criação de serviço público também deve considerar protocolos de referência e contrarreferência. A indicação inicial pode nascer em CAPS, ambulatório, urgência ou internação, mas a confirmação deve ocorrer em serviço especializado, com retorno planejado ao território após estabilização. Esse fluxo evita tanto encaminhamentos desnecessários quanto retenção hospitalar prolongada (Ministério Da Saúde, 2011; Conselho Federal de Medicina, 2013).

A qualificação da informação ao usuário é parte da política de saúde. Materiais educativos, consentimentos compreensíveis e diálogo com familiares podem reduzir medo e desinformação sem ocultar riscos. A transparência fortalece a autonomia e impede que a ECT seja percebida como imposição institucional, especialmente em populações historicamente vulnerabilizadas (Brasil, 2001; Zilles-Wegner et al., 2026).

A experiência amazônica pode servir de referência para outras regiões periféricas do país. Ao estruturar a ECT com critérios científicos, governança clínica e pactuação federativa,

o SUS demonstraria capacidade de incorporar tecnologia complexa sem abandonar a lógica psicossocial, territorial e humanizada que orienta a reforma psiquiátrica brasileira (Brasil, 1990; Ministério Da Saúde, 2011).

A implantação do serviço deve ainda prever critérios de qualidade mensuráveis, como tempo de espera, número de encaminhamentos avaliados, taxa de conclusão do ciclo terapêutico, eventos adversos, necessidade de manutenção e retorno ao acompanhamento territorial. Indicadores desse tipo permitem corrigir desigualdades, identificar falhas e demonstrar se a política pública cumpre sua finalidade constitucional (Brasil, 1990; Supremo Tribunal Federal, 2023).

A dimensão federativa é decisiva porque municípios isolados dificilmente suportam sozinhos uma estrutura de ECT. A União e o estado podem coordenar financiamento, regulação e habilitação, enquanto os municípios fortalecem identificação precoce, acompanhamento familiar e continuidade psicossocial. A omissão de qualquer nível de governo compromete a integralidade da rede (Brasil, 1988; Ministério Da Saúde, 2011).

Também é necessário evitar que a ausência de incorporação explícita seja confundida com autorização para ignorar necessidades urgentes. Enquanto a política nacional é debatida, o gestor deve produzir dados, consultar especialistas, avaliar demanda regional e formular plano de resposta. A discricionariedade administrativa não elimina o dever de fundamentar escolhas em direitos fundamentais e evidências (Brasil, 1990; Ministério Público Federal, 2025).

Nesse sentido, a ECT funciona como caso paradigmático de justiça sanitária. O procedimento reúne alta evidência, estigma, custo inicial, demanda especializada e forte desigualdade territorial. Por isso, a análise amazônica revela como o direito à saúde mental depende não apenas de normas protetivas, mas de capacidade concreta de organizar serviços tecnicamente seguros (Beauchamp; Childress, 2019; Zilles-Wegner et al., 2026).

O estigma deve ser enfrentado por informação qualificada, participação social e transparência. Indicadores de qualidade, registro de eventos adversos, ouvidoria, protocolos públicos e participação de usuários e familiares podem impedir tanto a omissão estatal quanto o uso inadequado, fortalecendo a confiança na rede de saúde mental (Brasil, 2001; Zilles-Wegner et al., 2026).

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A análise demonstra que a ECT não deve ser reduzida a estigma histórico nem convertida em solução indiscriminada. Trata-se de procedimento médico com indicações específicas, exigindo anestesia, equipe capacitada, protocolos e consentimento informado. Quando esses requisitos estão presentes, a ECT pode compor a alta complexidade em saúde mental para pacientes graves e refratários.

Na Amazônia, a falta de serviços públicos especializados aprofunda desigualdades. Distância, custos, baixa oferta de profissionais e dependência de judicialização fazem com que o acesso ao procedimento dependa de renda, localização e capacidade de acionar o sistema de justiça. Essa realidade tensiona a universalidade, a integralidade e a equidade do SUS.

O caminho juridicamente mais adequado não é a simples multiplicação de decisões individuais, mas a formulação de política pública regulada. A avaliação pela instância competente, a habilitação de centros regionais, a capacitação de equipes e a criação de linha de cuidado podem garantir acesso seguro sem banalizar o procedimento.

Sob a ótica bioética, a indisponibilidade absoluta da ECT em casos clinicamente indicados pode ferir beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Conclui-se que a oferta pública regulada, cientificamente fundamentada e territorialmente planejada da ECT na Amazônia pode representar concretização do direito constitucional à saúde e do direito ao melhor tratamento em saúde mental.

12

REFERÊNCIAS

ANAND, A. et al. Ketamine versus ECT for nonpsychotic treatment-resistant major depression. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 388, n. 25, p. 2315-2325, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2302399.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. 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: 6 jun. 2026.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 jun. 2026.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 6 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.057/2013. Consolida normas de organização, funcionamento e segurança dos estabelecimentos de assistência psiquiátrica e disciplina a eletroconvulsoterapia. Brasília, DF: CFM, 2013. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2057_2013.pdf. Acesso em: 6 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 6 jun. 2026.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República no Amazonas. Recomendação n. 06/2025/MPF/PRAM/1º Ofício, de 20 de novembro de 2025. Análise sobre a incorporação da eletroconvulsoterapia nos casos de indicação clínica comprovada. Manaus: MPF, 2025.

NAISMITH, H. et al. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of ECT in reducing suicidal ideation, self-harm, suicide and mortality. *Psychological Medicine*, Cambridge, 2025. DOI: 10.1017/S0033291725002677.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technology appraisal guidance TA59. London: NICE, 2003. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta59>. Acesso em: 6 jun. 2026.

SINGH, A. et al. Review and update of anesthetic management for electroconvulsive therapy: a narrative review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Auckland, v. 22, 563824, 2026. DOI: 10.2147/NDT.S563824.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Tema 698 da repercussão geral. RE 684.612/RJ. Brasília, DF: STF, 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?numeroProcesso=684612&numeroTema=698>. Acesso em: 6 jun. 2026.

THIRTHALLI, J. et al. Clinical practice guidelines for the use of electroconvulsive therapy. *Indian Journal of Psychiatry*, Mumbai, v. 65, supl. 2, p. S258-S269, 2023. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_491_22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidance on mental health policy and strategic action plans: module 2. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819>. Acesso em: 6 jun. 2026.

ZILLES-WEGNER, D. et al. Joint statement by the World Psychiatric Association, the American Psychiatric Association, the European Psychiatric Association, and the Global Expert Task Force on ECT. *The Lancet Psychiatry*, London, 2026. DOI: 10.1016/S2215-0366(26)00059-3.