

SOBRE A ELETROCONVULSOTERAPIA E A PATOLOGIA DA DEPRESSÃO REFRATÁRIA

ABOUT ELECTROCONVULSOTHERAPY AND THE PATHOLOGY OF REFRACTORY DEPRESSION

Cauê Silva Campos Vasconcelos¹

João Victor Araújo Souza²

Vera Lúcia Rolim Cintula³

Patrícia Maia Cordeiro Dutra (Orientadora)⁴

RESUMO

A eletroconvulsoterapia é uma prática polêmica que tem como terapêutica provocar alterações na atividade elétrica do cérebro, regulando os níveis dos neurotransmissores assim como os atuais antidepressivos, considerada eficaz pela classe médica por ter evoluído na forma de sua aplicação. É um dos procedimentos possíveis para a depressão refratária que leva o indivíduo a um prejuízo global e incapacitante. Considerando a evolução do tratamento, sua eficácia, a desesperança do paciente, e o preconceito sobre o tema, houve o interesse em conhecer as posições acerca desse tipo de tratamento. Essa pesquisa tem como objetivo geral, levantar as publicações que tratam da posição de entidades de Psicologia e Medicina em relação à eletroconvulsoterapia em pacientes com depressão refratária. Tem como objetivos específicos: investigar quais as motivações que levam aos encaminhamentos ou à busca por esse tratamento; compreender os efeitos da prática nos pacientes que fazem uso desse tratamento; identificar o posicionamento de instituições de saúde mental. Foi conduzida a partir de revisões bibliográfica narrativa e documental. Observou-se a eficácia científica da ECT na perspectiva de profissionais da medicina, apesar de efeitos colaterais que podem afetar a qualidade de vida dos pacientes; assim como propostas de aumento do seu uso no sistema público de saúde, e a rejeição por parte de profissionais de Psicologia, devido ao seu antigo mau uso como terapia de choque, apesar da constatação da possibilidade de oferecer benefícios. Há ressalvas para os critérios de sua recomendação e atenção à necessidade do paciente que se vê sem opção de melhora.

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia. Depressão. Psiquiatria. Reforma Psiquiátrica.

¹ Acadêmico de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ateneu – Unidade Hamony. E-mail: cauecampos87@gmail.com.

² Acadêmico de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ateneu – Unidade Hamony. E-mail: joaovictor1215@hotmail.com.

³ Acadêmica de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ateneu – Unidade Hamony. E-mail: veracintula@gmail.com.

⁴ Mestre em Psicologia, docente do Curso de Psicologia do do Centro Universitário Ateneu – Unidade Hamony. E-mail: patricia.maia@professor.uniateneu.edu.br.

ABSTRACT

Electroconvulsive therapy is a controversial practice whose therapy is to cause changes in the electrical activity of the brain, regulating the levels of neurotransmitters as well as current antidepressants, considered effective by the medical profession for having evolved in the form of its application. It is one of the possible procedures for refractory depression that leads the individual to global and disabling damage. Considering the evolution of the treatment, its effectiveness, the patient's hopelessness, and the prejudice on the subject, there was an interest in knowing the positions regarding this type of treatment. This research has the general objective of raising publications that deal with the position of Psychology and Medicine entities in relation to electroconvulsive therapy in patients with refractory depression. Its specific objectives are: to investigate the motivations that lead to referrals or the search for this treatment; understand the effects of the practice on patients who use this treatment; identify the positioning of mental health institutions. It was conducted from narrative and documentary literature reviews. The scientific effectiveness of ECT was observed from the perspective of medical professionals, despite the side effects that can affect the quality of life of patients; as well as proposals to increase its use in the public health system, and rejection by psychology professionals, due to its former misuse as shock therapy, despite the fact that it could offer benefits. There are exceptions to the criteria for its recommendation and attention to the need of the patient who has no option for improvement.

Keywords: *Electroconvulsive Therapy. Depression. Psychiatry. Psychiatric Reform.*

“O público, tomado em massa, não gosta que incomodem seus hábitos, e os julgamentos que fazem costumam ter a brutalidade de uma sentença de morte (...) Não deve mais haver escola, nem fórmula, nem pontífice de espécie alguma; só existe a vida, um campo imenso no qual qualquer um pode estudar e criar a seu modo (...) o passado está morto (...) e o futuro (...) é o abandono de todas as fábulas” – ÉMILE ZOLA

1 INTRODUÇÃO

Os ventos do Iluminismo começaram a quebrar o status de “maldição” do dito transtorno depressivo, dando uma perspectiva mais científica para os sintomas. Com o posterior advento das pesquisas científicas, do crescimento da indústria farmacêutica e da 5ª edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), vários transtornos surgiram, outros entraram em desuso ou desapareceram do índice psiquiátrico, mas é consenso que o número e o entendimento sobre desordens mentais aumentou bastante, dentre eles o Transtorno Depressivo.

A temática da depressão nem sempre foi abordada com a devida profundidade e pertinência. Entende-se que ainda hoje ela é tomada por muitos como algo indigno de atenção, como um luxo que poucos privilegiados se permitem ter. Além disso, seria uma condição que, com a devida ocupação da pessoa em alguma atividade útil, poderia ser superada. Se essa visão persevera na contemporaneidade, imagine o seu trajeto até ser considerada como doença.

Os pacientes depressivos podem parecer visivelmente infelizes, com os olhos úmidos lacrimejantes, a testa enrugada, o canto da boca voltado para baixo, a postura retraída, com pouco contato visual, perda da expressão facial e pouca movimentação corporal. Ou, no extremo oposto, podem levar a doença em silêncio, sem esboçar sinais clínicos claros. A diferença que se faz entre os episódios depressivos leve, moderado ou grave baseia-se em um julgamento clínico, envolvendo o número, tipo e gravidade dos sintomas presentes (PONTES, 1995).

Especificamente aqui serão abordados o Transtorno Depressivo Refratário e os diferentes posicionamentos sobre um tipo específico de tratamento, a eletroconvulsoterapia. De acordo com a 5ª edição do DSM (2014), o grupo de sintomas e sinais clínicos que caracterizam a depressão (F32 episódio único e F33 depressão recorrente) são: apatia, humor deprimido, anedonia (perda do interesse por coisas antes prazerosas), falta ou ganho de apetite, falta ou ganho de sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, capacidade reduzida de pensar ou se concentrar, ideações suicidas com/sem planejamento ou com/sem tentativa. Para que ocorra o diagnóstico, é necessário que os episódios durem pelo menos duas semanas com cinco dos sintomas citados (DSM-5, 2014).

A depressão refratária ou recorrente é um tipo de depressão que persiste mesmo com o tratamento medicamentoso. Costuma ter uma terapêutica mais difícil, mas não é necessariamente

mais grave do que as outras. É imperativo que tenham ocorrido previamente vários tratamentos medicamentosos e que os resultados de remissão dos sintomas não tenham sido satisfatórios, mostrando ainda resistência à medicação e presença do quadro depressivo (DSM-5, 2014).

A eletroconvulsoterapia é uma das terapêuticas usadas para este público resistente às medicações psiquiátricas ou que já tentou vários outros tratamentos sem sucesso. Esta terapêutica se difere da terapia de choque usual enquanto dano reduzido causado ao paciente; e se assemelha à proposta dos psicofármacos em relação aos efeitos esperados.

A compreensão do tema na perspectiva científica sempre demonstrará avanços, conforme todo saber que evolui a partir de investigações. Pode-se observar também que, conforme a ciência avança, políticas públicas e recomendações normativas técnicas das profissões vão se ajustando e modificando. Nesse sentido, manter-se atualizado sobre os achados e considerações feitas sobre o assunto de interesse é essencial para fundamentar a prática, dando suporte técnico e conceitual a respeito da área sobre a qual se debruça o profissional.

Sendo assim, a revisão bibliográfica narrativa e documental dá suporte e faz-se necessária para compreender o que as instâncias relativas à práxis, quer sejam acadêmicas ou legislativas. É essencial para compreender as diferentes posições sobre a temática elegida, o que nos leva ao questionamento sobre quais são os posicionamentos formais sobre a eletroconvulsoterapia. Esse levantamento não consiste em uma busca sobre argumentos a favor ou contra, apenas revela o interesse em esclarecer as posições dos representantes de algumas das diferentes áreas profissionais envolvidas no uso desse tratamento: médicos e psicólogos, observando a relação entre seus argumentos e os documentos.

Desta feita, a investigação visa, como objetivo geral, levantar as publicações que tratem da posição de entidades de Psicologia e Medicina em relação à eletroconvulsoterapia em pacientes com depressão refratária. E tem como objetivos específicos: investigar quais as motivações que levam aos encaminhamentos ou à busca por esse tratamento; compreender os efeitos da prática nos pacientes que fazem uso desse tratamento; identificar o posicionamento de instituições de saúde mental.

A relevância social da temática inserida nos ambientes hospitalares e clínicos, assim como a urgência de investigar os benefícios ou malefícios originados a partir dessa prática terapêutica, decorre, também, da necessidade de se compreender as consequências de uma terapia que vem sendo incentivada como política pública. A nota técnica n. 11/2019 autoriza a compra de

equipamentos para eletroconvulsoterapia a ser aplicada a pacientes com doenças mentais e refratários a outras modalidades de tratamento no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) (AGÊNCIA BRASIL, 2019). Essa nota foi encaminhada por vias legais para estabelecer medidas a serem adotadas pela saúde pública, ainda que venham na contramão da Lei n.º 10.216, de 2001, que trata da reforma psiquiátrica.

O presente trabalho não se trata de uma postura taxativa e de negatividade em relação à técnica, nem tão pouco de incentivo. Mas trata-se de um trabalho com caráter expositivo, sugerindo a abertura de um debate para novas discussões, sinalizando suas características, benefícios e malefícios.

Ao mencionar o assunto em meio acadêmico e informal, percebemos uma atitude também refratária ao tema, dificultando a discussão e, por consequência, qualquer ação que possa ser recomendável para mudanças e adaptações, tanto de possíveis atitudes preconceituosas como de uma condução equivocada do tratamento. Pensando nas questões apresentadas acima, também há motivação em auxiliar os profissionais da saúde e da Psicologia a compreender os possíveis efeitos da eletroconvulsoterapia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Solomon (2018), está na moda encarar a depressão como uma doença moderna, o dito “mal do século”, ou mesmo que essa mazela é exclusiva da nossa geração, e isso pode soar como um erro grosseiro. Perturbações há muito tempo chamadas de “melancolia” são agora definidas pelo termo corriqueiro de depressão.

Na Grécia Antiga, por exemplo, Hipócrates declarava ser a depressão uma doença essencialmente cerebral que deveria ser tratada com remédios orais herbais, algo que enfatizava a natureza humoral do cérebro. Levando em conta a prática médica grega da época, o temperamento (humor/personalidade) era uma consequência de quatro fluidos corporais: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra, sendo esta última hipotética, pois não existe fisiologicamente. Empédocles, também na antiguidade, afirmou que o depressivo teria excesso de “bile negra”, e isso traria sintomas depressivos (SOLOMON, 2018).

A concepção de depressão na Idade Média é uma visão à parte, pois traz várias particularidades. Primeiramente, porque ela era vista como uma indicação de que o sofredor

estava afastado do bem-aventurado conhecimento da salvação divina, ou sob a ação do diabo. Para ilustrar o contexto do pensamento, no século XII a monja Hildegard von Bingen escreveu: “No momento em que Adão desobedeceu à lei divina, naquele exato instante, a melancolia coagulou-se em seu sangue” (SOLOMON, 2018).

O próprio título do livro usado neste contexto como referencial teórico é uma referência bíblica, o “Demônio do Meio-Dia” citado no Salmo 90 como um mal que recai sobre o homem ao meio-dia, uma alusão à melancolia. Para o homem medieval, os verdadeiros demônios viriam durante o sono. Sua invasão e “possessão” vêm durante a noite, quando não há quem vigie, quando não há atenção, mas o “demônio do meio-dia”, a melancolia, vem durante a manhã, mesmo sob vigilância constante, e perdura o restante do dia:

A maioria dos demônios – a maioria das formas de angústia – apoia-se na escuridão da noite. Vê-los claramente é derrotá-los. A depressão apresenta-se ao fulgor total do sol, não se sentindo desafiada pelo reconhecimento. Pode-se conhecer todos os seus porquês e mesmo assim sofrer tanto quanto se estivesse mergulhado na ignorância. Não há praticamente qualquer outro estado do qual se possa dizer o mesmo (SOLOMON, 2018).

Se a Idade Média moralizou a depressão, o Renascimento deixou-a glamourosa. O Renascimento romantizou a depressão e criou o gênio melancólico, cuja fragilidade era o preço pago por sua genialidade, pela visão artística e pela complexidade de sua alma, perspectiva esta que ainda ecoa em espaços da cultura até hoje. “Nunca houve um grande talento sem um toque de loucura”, segundo Aristóteles. Nessa época, alguns tentavam criar um “elixir” para o transtorno, mas, a um continente de distância, os índios astecas começavam a usar fortes drogas alucinógenas para prevenir a depressão entre prisioneiros, pois eles acreditavam ser ela um mau presságio (SOLOMON, 2018, p. 375).

O Iluminismo e o desenvolvimento do saber científico, que tiraram o homem da era medieval, também permitiram que novos saberes fossem adquiridos no que se refere aos males da alma, fazendo da doença mental um território sobre o qual a cientificidade também dava seus largos passos, demonstrados a partir de variadas teorias médicas e psicológicas.

2.1 O saber científico sobre a depressão e seu tratamento

Em 1915, Freud comparou a melancolia ao luto. Segundo ele, ambos provocam uma

depressão profundamente dolorosa, suspensão do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda a atividade. A diferença seria que, enquanto o luto é a dor pela perda de alguém ou de algo, o melancólico se ressentido pelo desejo de recuperar algo que foi perdido, o que também traria uma diminuição da autoestima. Freud inicia o texto dizendo que a melancolia é apresentada de diversas formas na psiquiatria. O autor postula que alguns problemas da melancolia certamente terão como causa problemas orgânicos (FREUD, 1996).

Se o pai da psicanálise atribuiu a depressão ao inconsciente, na contemporaneidade há a hipótese monoaminérgica, que é o baluarte do círculo psiquiátrico e da neurociência comportamental (GRAEFF, 2018). Essa teoria explica, com enfoque endógeno, que a depressão e outros transtornos do humor seriam resultado de um desequilíbrio químico, um desregulamento dos neurotransmissores (DSM-5, 2014). Entende-se por endógeno um distúrbio afetivo em que predomina um comprometimento biológico. Pacientes depressivos apresentariam diminuições nos níveis sinápticos de monoaminas, por isso o uso de antidepressivos para regular esse desnível hormonal; para a maioria dos autores dessa vertente, o aspecto depressivo é uma condição anormal corrigida com medicação (PONTES, 1995).

Apesar da possibilidade de correção da depressão pelo uso de antidepressivos, o seu tratamento deve ser considerado pela perspectiva biopsicossocial. Deve observar aspectos relacionados à qualidade de vida e o uso do recurso da psicoterapia, além da terapia farmacológica. Compreende-se que o tratamento é voltado para a pessoa deprimida, cujo contexto familiar, social, econômico e político em que está inserida, a dimensão abstrata, além dos fatores biológicos e psicológicos, incide sobre a forma como a doença se manifesta (SOUZA, 1999).

A depressão, transtorno depressivo maior, ou depressão unipolar, mostra-se como um distúrbio que acomete o sujeito por pelo menos duas semanas, acompanhado de intensa tristeza, baixa autoestima, isolamento social e perda de interesse em atividades antes prazerosas (DSM-5, 2014). Contudo, ainda há uma outra forma do transtorno depressivo chamada de depressão refratária. O que caracteriza a depressão refratária é a resistência aos tratamentos; há pouca ou nenhuma remissão dos sintomas, denotando a falha na resposta ao tratamento como elemento nuclear da depressão refratária (SARIN, 2009).

Nos anos 1930, existia a crença de que pacientes epiléticos que tinham convulsões não apresentavam psicoses, e alguns pesquisadores se interessaram pelo assunto. Von Meduna,

médico húngaro, começou a estudar a cânfora que injetava nos pacientes para provocar convulsão e constatou que ocorria uma melhora. A partir de 1938, dois médicos da Universidade de Roma – Ciarleti e Bini – começaram a usar estímulos elétricos cerebrais para induzir convulsões. A melhora indescritível que seu paciente apresentou depois da aplicação do eletrochoque reforçou a tese de que realmente o estímulo elétrico poderia ser usado para induzir convulsões com fins terapêuticos (RIGONI, 2018).

Nessa mesma década e na seguinte, a psiquiatria não tinha opção de tratamento além do eletrochoque, da insulinoterapia e do confinamento, pois o primeiro medicamento psiquiátrico só apareceu no fim da década de 1950. A insulinoterapia representava um recurso terapêutico, porque a convulsão desejada era induzida pelo choque insulínico, uma vez que a quantidade injetada desse hormônio fazia com que as células do pâncreas retirassem a glicose do sangue, o que produzia um quadro de hipoglicemia grave e, como consequência, a convulsão (SAMPAIO, 1988).

Nierenberg propôs um modelo no qual a depressão resistente seria um episódio de depressão maior que persiste apesar do tratamento usual com antidepressivos. Nesse modelo, o número de tratamentos malsucedidos é utilizado para medir o grau de resistência (NIERENBERG, 1990 *apud* SARIN, 2009). Já a classificação de Thase e Rush propõe um modelo mais hierárquico, com cinco estágios de resistência da doença, que variam desde resistência a um único antidepressivo (estágio I) até resistência a diferentes classes de antidepressivos e a eletroconvulsoterapia bilateral (estágio V)_(THASE, 1997 *apud* SARIN, 2009).

Os avanços nas áreas da saúde mental levaram ao uso da eletroconvulsoterapia de forma mais frequente, porém indiscriminada. Desse modo, as críticas sobre as vantagens e os benefícios dessa forma de tratamento fizeram com que essa modalidade fosse mobilizadora de resistências à sua recomendação e uso, ainda que tenham ocorrido mudanças na forma de sua prescrição e execução (TASSIS, 2011).

2.2 A eletroconvulsoterapia na contemporaneidade

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um dos nomes relativamente recentes para terapias não medicamentosas e não invasivas, já muito conhecidas da psiquiatria, disponíveis para o

tratamento de algumas doenças mentais. Diferencia-se da antiga terapia de choque, primeiramente, pela sua carga, que é menor, contudo o princípio ainda se conserva: o eletrochoque induz uma modificação na neurotransmissão da mesma forma que os antidepressivos. No Brasil, o CFM (Conselho Federal de Medicina) normatizou esse método, por meio da Resolução n. 1.640/2002, descrevendo a ECT, em seu artigo primeiro, como um método terapêutico, ao que tudo indica, seguro, eficaz, internacionalmente reconhecido e aceito (RIGONI, 2018).

A eletroconvulsoterapia, como o próprio nome já denota, é um tratamento “convulsivo”; uma crise convulsiva generalizada induzida intencionalmente, sob anestesia, para o tratamento de um transtorno mental (ALVES, 2016). É feita uma sedação no paciente, com anestesia geral de curta duração, e é utilizada uma carga elétrica, padronizada internacionalmente, para induzir uma pequena convulsão de 20 segundos a um minuto. Há uma liberação massiva de neurotransmissores, como a noradrenalina, serotonina, adrenalina e dopamina (ROSA, 2004).

Ao final de uma série de aplicações, o resultado químico do eletrochoque é similar ao dos medicamentos. Além disso, possui uma ação anticonvulsivante, que também influencia os neuromoduladores envolvidos na regulação do humor. Embora as pessoas tenham medo de ter um colapso ou um problema cardíaco quando se submetem a um tratamento com eletrochoque, a eletroconvulsoterapia possui um risco menor. O risco que oferece seria igual ao de qualquer procedimento cirúrgico que envolva anestesia, isto é, 0,04% (ASSIS, 2020). Em tese, o eletrochoque induz, dentro da circuitaria neuronal, a mesma modificação que os antidepressivos promovem, atuando na liberação de neurotransmissores responsáveis pela transmissão de impulsos de informações de um neurônio para o outro (ROSA, 2004).

Segundo Rosa (2004), uma das principais limitações deste tratamento é decorrente da deflexão que sofre o estímulo elétrico como consequência da resistência oferecida pela calota craniana e pelo tecido que a envolve, ou seja, parte da carga elétrica útil é perdida devido a essa resistência. Para compensar essa resistência e atingir o tecido cerebral, é necessário que se utilize uma carga elétrica mais alta. Por regra, isso ocasionaria mais dor, levando em conta que no escalpe há vários receptores de dor, especialmente se não se consegue atingir o limiar convulsígeno (caso este seja atingido, ocorre uma amnésia retrógrada, na qual o paciente não se recorda da dor do estímulo). Por esse motivo, há necessidade de uma indução anestésica geral de curta duração para a sua aplicação (ASSIS, 2020).

A abordagem terapêutica da ECT na depressão pode ser, grosso modo, subdividida em três importantes tópicos (SALLEH, 2006):

1) tratamento de fase aguda: associado a um período inicial de 6 a 8 semanas, que tem como objetivo atingir a remissão dos sintomas da doença em sua fase aguda;

2) fase de manutenção: corresponde a um período adicional de 16 a 20 semanas, em que a administração do tratamento visa à manutenção da remissão esperada, tendo como objetivo a prevenção de recaídas em curto prazo e a remissão total do episódio depressivo;

3) tratamento de manutenção em longo prazo: entende-se que nesta fase é estabelecida uma abordagem profilática para reduzir a probabilidade de um novo episódio depressivo. A duração desta fase depende da frequência e intensidade dos episódios depressivos prévios e da gravidade do transtorno.

Apesar de ser bem criticada pela própria comunidade, diz-se que a ECT permanece sendo o sustentáculo da psiquiatria moderna: segura, fácil e eficiente (BEZERRA, 2008). Busnello (1995), ao abordar a técnica de ECT, faz um paralelo com a cardiologia, que também se utiliza de estímulos elétricos em situações emergenciais, como em casos de reanimação de alguém com parada cardíaca. A descarga da desfibrilação é romantizada enquanto a ECT é estigmatizada. Fazendo essa associação, ele considera injusto que só em relação à psiquiatria os estímulos elétricos tenham recebido um estigma social na comunidade científica.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve como fundamentação teórica as terapias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que, na década de 1960, revolucionou as terapias no tratamento de pessoas com transtorno mental. Basaglia, crítico da psiquiatria ortodoxa e da forma como os hospícios trabalhavam, desenvolveu uma nova abordagem que tinha como objetivo a reinserção do paciente na comunidade, no convívio social, indo contra o isolamento em manicômios, as camisas de força e o tratamento à base de medicações e choques elétricos (MEZZA, 2020).

A Lei n.º 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica no Brasil, preza pelo tratamento humanizado dos pacientes, com o fechamento gradual de manicômios e hospícios existentes no país. A diretriz fala que haverá internação do paciente somente se o tratamento fora do hospital se mostrar de algum modo ineficiente (BRASIL, 2001).

Nessas mais de duas décadas de vigência, a lei promoveu avanços na forma como o Estado, a sociedade e os profissionais de saúde encaram e tratam os doentes mentais. Entretanto

também enfrentou (e enfrenta) resistências de ordem cultural na maneira de enxergar o doente mental, e de instituições e profissionais que insistem em velhos métodos (CRP-SP, 2021).

3 METODOLOGIA

A pesquisa se constitui inicialmente como sendo de **caráter qualitativo**. Quanto aos meios, teve caráter documental, bibliográfico, com a finalidade descritiva. A pesquisa se deu pela base de dados: Scielo, Web of Science, Pubmed, Lilacs, IndexPsi e Pepsic, bem como pela Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e autores clássicos que falam sobre a depressão, assim como pela sintomática psicopatológica que constitui esse transtorno do humor. Nossos **descritores** da pesquisa utilizados foram: eletroconvulsoterapia; ECT; depressão; psiquiatria.

Os **critérios de inclusão** foram artigos que continham palavras-chave como: eletroconvulsoterapia, depressão e depressão refratária; e **os de exclusão** foram: hipotireoidismo, hipertireoidismo, remissão do episódio psicótico agudo, esquizofrenia, bipolaridade, transtorno bipolar (isso porque a depressão está presente em doenças endocrinológicas) e depressão bipolar tipo 1 e 2, após a remissão do episódio psicótico agudo na esquizofrenia. Também foi excluída toda a discussão em torno do tratamento da depressão com psicofármacos que fugiriam do escopo da pesquisa.

Foi escolhida a **pesquisa qualitativa**, pois esta responde a questões mais particulares. Ela trabalha com processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a uma “operacionalização” de variáveis. A utilização da abordagem qualitativa considera relevante o fator social, fatores políticos, ideológicos, além de técnicos, que cercam os sujeitos estudados. Neste tipo, procuramos apreender dimensões tais como a subjetividade e a individualidade (NEVES, 2007).

Um dos meios para a realização da pesquisa foi a **revisão bibliográfica** como método selecionado não se resume em listar fontes bibliográficas (NEVES, 2007). Ela é elaborada a partir de material já publicado anteriormente, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e, atualmente, material disponibilizado na internet (KAUARK, 2010). Com base no dito material, pretende-se demonstrar o estado da arte, ou seja, aquilo que tem sido discutido sobre o tema e as conclusões a que se tem chegado, ainda que divergentes. Especificamente, o modelo de revisão escolhido foi o da **revisão bibliográfica narrativa**, visto que atende a uma

busca que não se propõe a esgotar todas as fontes de informação, que não usa recursos exaustivos de busca. “A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores” (MATOS, 2015).

Outra modalidade foi a da **pesquisa documental**, que é a fonte de coleta de dados restrita a documentos (escritos ou não), constituindo as fontes primárias. Estas podem ser feitas quando o fato ou fenômeno ocorre, ou mesmo depois. Os principais tipos de documentos são: fontes primárias – dados históricos, bibliográficos e estatísticos; informações; pesquisas e material cartográfico; arquivos oficiais e particulares; registros em geral; documentação pessoal – e fontes secundárias – imprensa em geral e obras literárias. Este tipo de pesquisa se utiliza de arquivos públicos: municipais, estaduais e nacionais, documentos oficiais, publicações parlamentares e documentos jurídicos (MARCONI, 2003).

Considerando que essa investigação se propõe a apresentar os posicionamentos de instituições de Medicina e Psicologia, além dos registros documentais, caracterizamos a pesquisa de **finalidade descritiva**, que visa descrever as características de uma população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (KAUARK, 2010). A pesquisa descritiva tem em sua função de organização a descrição dos dados, a obtenção dos dados estatísticos, a redução e representação e, ainda, a aquisição de informações que auxiliam na descrição do fenômeno observado (NEVES, 2007).

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O levantamento bibliográfico e documental obtido com nessa investigação, nos levou a descartar aqueles que, após a verificação de títulos e resumos, não correspondiam aos critérios, chegando à soma inicial de 11 artigos analisados. Observando suas características, identificamos 6 foram escolhidos para constituir a tabela de estudos favoráveis ou não à eletroconvulsoterapia. Foi selecionada, também, uma dissertação de mestrado, conforme Tabela 1. Os demais 7 artigos foram excluídos porque, após leitura mais aprofundada, identificou-se que não se encaixam nos critérios de inclusão. Quanto ao levantamento documental, obtivemos 7 deles, considerando o critério de que mencionassem a ECT e a atual política de saúde mental. Assim, temos a Tabela 2, que apresenta o levantamento documental de 3 Projetos de Lei, 1 Lei, 1 Notas Técnicas, 1 Resolução e 1 Manifesto.

Apesar de ter sido eleita a depressão refratária como item de inclusão da bibliografia e dos documentos investigados, esse tema foi pouco aprofundado no material levantado. Essa condição, ainda que imprescindível ao uso do recurso terapêutico, que é o objeto central desta pesquisa, não figura como protagonista em termos de aprofundamento sobre sua condição e sobre os efeitos específicos para o seu caso. Aprofundamos mais detalhadamente as regras de seu uso, sua recomendação e os efeitos do tratamento, e não tanto as implicações específicas sobre a depressão refratária, em função da escassez de desenvolvimento sobre o assunto nos artigos, na dissertação e demais nos documentos.

Ao avaliar os documentos, foi feita uma análise qualitativa para diferenciar seus posicionamentos como favorável, restritivo ou contrário. O parecer favorável é atribuído àquele documento que de alguma forma reafirma a eficácia da ECT ou incentiva seu uso; o parecer restritivo é atribuído ao documento que limita o acesso ao tratamento via ECT, mas sem necessariamente se posicionar contra ou a favor; e o posicionamento contrário, àquele que se posiciona claramente contrário ao uso desse tratamento.

Iniciaremos a análise tendo como base os artigos apresentados na Tabela 1, que serão comentados em seguida.

Tabela 1 – Artigos encontrados na revisão bibliográfica

Autor/Ano/País	Metodologia	Tipo de Documento	Posicionamento quanto à ECT
TASSIS, 2003, Brasil	Pesquisa de Campo	Dissertação	Contrário
BEZERRA, 2008, Brasil	Revisão Bibliográfica	Artigo	Contrário
ROSA, 2004, Brasil	Revisão Bibliográfica	Artigo	Favorável
ALVES, 2016, Brasil	Revisão Bibliográfica	Artigo	Favorável
RIGONI, 2018, Brasil	Revisão Bibliográfica	Artigo	Favorável
ASSIS, 2020, Brasil	Revisão Sistemática	Artigo	Favorável

Fonte: Construção nossa, 2022.

Com o **objetivo específico inicial** de investigar quais as motivações que levam aos

encaminhamentos ou à busca por esse tratamento, obtivemos nos artigos levantados relevantes e concisos achados sobre as razões para sua recomendação, tendo ênfase na observação acerca de sua rapidez de resposta e de sua eficácia.

Muitos quadros, que divergem de autor para autor, são citados para o uso da ECT: as psicoses atípicas e reativas, puerperais, casos de delirium tremens, transtornos conversivos, doença de Parkinson, síndrome neuroléptica maligna, convulsões intratáveis, depressão pós-parto, acinesias, pelagra, dor talâmica e dor severa da neuralgia do trigêmeo. Todavia, a pesquisa manterá o foco no uso da ECT frente a depressão refratária.

Tendo em vista que há vantagens que mobilizam profissionais de saúde mental a recomendarem o uso desse tipo de tratamento, da mesma forma que há aqueles que se mostram frontalmente contra o seu uso, ficou evidente a necessidade de, conforme demonstrado no **segundo objetivo específico**, compreender os efeitos da prática nos pacientes que fazem uso desse tratamento. Tendo isso em vista, foram encontradas respostas sobre os efeitos colaterais mais comuns, benefícios e a combinação desses resultados. Seguem os achados identificados.

A ECT apresenta resposta mais rápida em relação à abordagem medicamentosa e está indicada em situações graves, em que há risco de catatonia e suicídio, como na depressão refratária. Mas não sem mazelas aos processos cognitivos de quem faz uso do tratamento. Dados da Sociedade Internacional de ECT (SIE) relatam que a efetividade da ECT varia entre 60-90% para o tratamento da depressão refratária à medicação (ASSIS, 2020).

Os **efeitos colaterais mais comuns** são desorientação logo após o tratamento, dor de cabeça e amnésia anterógrada ou retrógrada, que geralmente se resolvem em algumas semanas ou meses (ASSIS, 2020). A ONG norte-americana CTIP - *Committee for Truth in Psychiatry* (apud BRASIL, 2007), composta por 500 pacientes que fizeram uso da ECT, ressalta que:

a) os **benefícios** produzidos pelo ECT são reais, mas temporários. Muito frequentemente, os pacientes tratados com ECT irão experimentar recaídas;

b) independente dos **efeitos positivos**, todos os pacientes do ECT experimentarão, em algum momento, o **efeito colateral** de perda de memória, o que inclui o apagar da memória pré-choque e o ofuscamento, e, frequentemente, inclui a redução permanente na retenção das experiências e aprendizados pós-ECT;

c) os **dois efeitos combinados**: eventuais benefícios e dano à memória – implicam que o ECT funciona atingindo o tecido cerebral e que efeitos de relaxamento ou relativo bem-estar são

clássicos dos danos agudos no cérebro como aqueles produzidos por asfixia, concussão ou envenenamento por dióxido de carbono;

d) **outros efeitos colaterais** como perda do senso de direção, sensibilidade ao toque, afasia ou dificuldade de fala, também foram relatados.

A título de informação, com o intuito de permitir a visualização mais ampla do cenário que envolve o uso e a aplicação da ECT, foi considerado relevante apresentar um levantamento de custos desse tratamento. No Hospital Espírita André Luiz (HEAL), de Belo Horizonte – MG, por exemplo, uma sessão de ECT, no ano de 2020, tinha o custo de R\$ 1.203,00. Se considerarmos uma média de 10 sessões por paciente, o custo total de um ciclo de ECT custaria R\$ 12.030,00 (ASSIS, 2020).

Busnello (1995) elege alguns critérios para a indicação de ECT como forma de tratamento. Para o autor, deve-se escolher a ECT como tratamento de primeira escolha nos casos em que há necessidade de melhora rápida, quando os riscos de outros tratamentos forem maiores comparados aos da ECT, quando há histórico de boa resposta à ECT em momentos anteriores ou resposta insatisfatória ao uso de psicofármacos, e ainda, quando a pessoa opta por esse tipo de intervenção.

Del Porto (2006, p. 25) descreve mais alguns aspectos essenciais a serem analisados previamente à sessão de ECT. O exame clínico não pode passar despercebido, além dos aspectos gerais (registro da pressão arterial, pulso, avaliação das mucosas, hidratação, etc) da palpação do crânio, da ausculta pulmonar e cardíaca, da palpação abdominal e do exame neurológico básico. A avaliação da dentição do paciente também é um fator importante. É necessário considerar que a ECT poderá induzir a um aumento transitório da pressão intra-ocular, sendo necessário verificar a história prévia de glaucoma e a medida da pressão intra-ocular. Deve ser considerado a importância da oxigenação cerebral durante a ECT, a contagem de glóbulos vermelhos, a dosagem de hemoglobina e hematócrito devem sempre preceder o tratamento. Assim como a dosagem de glicemia, creatina, uréia, sódio e potássio. E a avaliação da função hepática é sempre requerida, uma vez que os pacientes serão submetidos a anestesia.

Cumpridos esses requisitos e, complementarmente, realizados uma radiografia do tórax e da espinha dorsal, um eletrocardiograma e um eletroencefalograma e a avaliação pré-anestésica, o usuário estaria apto para o procedimento. No momento anterior à aplicação, o usuário deve estar em jejum, as próteses dentárias ou outras devem ser retiradas, a bexiga e o reto devem ser

esvaziados e então é aplicada a anestesia (DEL PORTO, 2006).

Em 100% dos artigos escolhidos, o efeito colateral mais frequente foi a amnésia. E sobre o posicionamento a favor ou contra, o resultado foi o de que 66% dos artigos (4 de 6) foram favoráveis ao uso da ECT no tratamento da depressão refratária à medicação. Apesar de os artigos, em sua maioria, se mostrarem favoráveis, é necessário que se leve em consideração que os artigos que veem o tratamento de forma positiva são, sem exceção, da área médica ou psiquiátrica.

A dissertação de mestrado citada tratava do uso da ECT, e, ao final do seu estudo, a pesquisadora se posicionou enfaticamente contra o tratamento em larga escala e sua inclusão no SUS, devido ao histórico do uso do tratamento ao longo dos anos de forma segregacionista, punitiva e como instrumento de tortura na lógica manicomial. Apesar da clareza da autora quanto ao seu posicionamento, ela não adicionou as razões científicas que a levaram a se posicionar de modo contrário ao tratamento nas mencionadas condições nem abordou como motivação os elementos relativos aos efeitos colaterais ou à sua eficácia. Ressaltamos, porém, que sua posição foi contrária ao uso massivo desse tipo de tratamento, ou seja, ao seu uso indiscriminado, não demonstrando sua oposição irrestrita ao mesmo.

O segundo artigo que se posicionou desfavorável ao uso da ECT é também da área da Psicologia. Para Bezerra (2008) seria imprescindível deixar de percorrer o caminho da suposta cura médica e da simples eliminação de sintomas para a busca da produção de vida, de socialização e de subjetividade que possa expressar singularidade. Goffman (1961) questiona se é apenas da morte biológica que deve ser levada em conta, ou se nesse sentido, ter-se-ia que atentar também para a qualidade de morte subjetiva, a mortificação do eu. Na Itália, por exemplo, que se constituiu em berço e fonte de inspiração para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a técnica de ECT foi erradicada em vários setores do país no campo da assistência em saúde mental (BEZERRA, 2008). Segundo o mesmo autor da psicologia, o mal da psiquiatria clássica estaria em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência dos pacientes do corpo social.

O sujeito não seria apenas portador de um corpo inserido numa sociedade, já que ele dá significado às suas experiências, e o faz de modo diferente dos demais sujeitos (BEZERRA, 2008). Esse é, para Corbisier (1992), o pantanoso terreno da subjetividade, em que a psiquiatria clássica talvez tenha optado por não adentrar em suas operações objetivas na noção de patologia mental. A concepção freudiana de um sujeito dividido, descentrado, sem essência, ajuda a pensar

no homem como um ser portador não de igualdade subjetiva, mas de diferenças neste âmbito. Reconhecer a não essência do sujeito significa, portanto, ceder ao dualismo cartesiano em detrimento de compreensões marcadas por uma indissociabilidade biopsicossocial do sujeito, em sua condição de possibilidade.

Mesmo com argumentos que evidenciam uma possível postura desfavorável à ECT, Bezerra (2008) ainda converge que é necessário entender o sofrimento psíquico não como um sintoma ou somente uma disfunção que pede correção, mas como um estado que necessita de cuidado. E isso não excluiria a utilização dos psicofármacos, nem tão pouco de eletroconvulsoterapia e de escuta psicológica, segundo o autor. Este afirma ser válida a prática de intervenção da ECT, sendo inegável o reconhecimento da importância de sua utilização em algumas situações, como nos quadros de depressões profundas e em quadros catatônicos.

Tendo como um **terceiro objetivo específico** identificar o posicionamento de instituições de saúde mental, a saber, o Ministério Público, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), considerou-se que os documentos tais como Projetos de Lei, Leis, Notas Técnicas, Resoluções e Manifestos – contrários, favoráveis ou restritivos à ECT – permitiriam obter um esclarecimento sobre o direcionamento formal a respeito do assunto. Observam-se a seguir os itens documentais levantados. Faz-se a ressalva de que não foi obtido documento emitido pelo CFP, mas um publicado pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo. Segue demonstrativo dos documentos na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Levantamento documental

Autor/Ano/País	Tipo de Documento	Posicionamento quanto à ECT
Câmara dos Deputados. 2001, BRASIL	Projeto de Lei n.º 4901	Restritivo
Planalto. 2001, BRASIL	Lei n.º 10.216	Ausente
Conselho Federal de Medicina, 2002, BRASIL	Resolução n.º. 1.640	Restritivo
Câmara dos Deputados. 2007, BRASIL	Projeto de Lei n.º 2.611-B	Restritivo
Câmara dos Deputados. 2008, BRASIL	Projeto de Lei n.º 3.553	Favorável
Ministério da Saúde. 2019, BRASIL	Nota Técnica n.º 11	Favorável
Conselho Regional de Psicologia (CRP-SP), 2021, BRASIL	Manifesto	Contrário

Fonte: Construção nossa, 2022.

O PL N° 4901 de 2001, do Sr. Deputado Marcos Rolim, se propôs a regulamentar restritivamente o emprego da ECT, determinando no seu primeiro artigo as condições a serem observadas quando de seu uso, destacando no item 2 a recomendação de que esta só poderia ser aplicada após: “Terem sido esgotadas as demais possibilidades terapêuticas ou não sendo recomendável o emprego de outros recursos e estando o paciente em risco de vida” (BRASIL, 2001a, p.1).

Nesse mesmo ano, vem a público a Lei 10216, que disserta sobre condições para uma política de saúde mental mais humanizada, visando à proteção e à preservação dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais. A Lei não menciona o tratamento da ECT, mas prescreve, em seu artigo 8, que a doença mental deve “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” (BRASIL, 2001b, p. 1). Considerando que a ECT é um tratamento não invasivo, ela se encontra em sintonia com as diretrizes desse documento contemporâneo da reforma psiquiátrica brasileira. Assim sendo, a própria natureza dessa modalidade de tratamento, por não ser invasiva, não vai na contramão da reforma, ao contrário, encontra afinidade com suas diretrizes.

Essa verificação buscada nos documentos não é indicativa da aprovação ou da recomendação do seu uso, mas deve despertar a atenção para quais seriam os reais motivos da posição contrária ao uso desse recurso terapêutico. Pode-se pensar sobre a necessidade de se buscar caminhos e conhecimentos que deem suporte à sua exclusão ou ao seu uso controlado e fiscalizado, quando recomendável.

A normatização desse método no Brasil veio através do CFM, por meio da Resolução n.º 1.640/2002 (BRASIL, 2002), a qual descreve a ECT, em seu artigo primeiro, como um método terapêutico. Porém, em seu artigo 9, deixa claro como efetuar o seu uso e indica condições muito específicas para a sua aplicação.

Art. 9º A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

§ 1º Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson; pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

De 2002 até o momento, Resoluções como a n.º 2.057/2013 do CFM simplificam o acesso à ECT e outras terapias não medicamentosas, como a neuropsicocirurgia ou somente psicocirurgia (retirada parcial ou total da amígdala direita, visando diminuir a agressividade em retardo mental). Sobre esta modalidade cirúrgica, há a recente Resolução n.º 2.165/2017, que permite o procedimento em pacientes que possuem menos de cinco anos de diagnóstico, caso tenham um pedido de autorização do Conselho Regional de Medicina. Tal medida possibilitou uma abertura maior à prática.

Apesar disso, Projetos de Lei como o n.º 2.611-B/2007 e o n.º 4.901/2001 vão na contramão dessa maior abertura a “tratamentos não medicamentosos invasivos”; estes projetos reiteraram um controle maior sobre a aplicação da ECT no Brasil para que o emprego dessa técnica fosse substancialmente reduzido. Como dito no artigo 1º do PL n.º 4901 /2001 (BRASIL, 2001), a ECT seria aplicada quando:

- II - Terem sido esgotadas as demais possibilidades terapêuticas ou não sendo recomendável o emprego de outros recursos e estando o paciente em risco de vida;
- IV- Parecer escrito concordante com a indicação de, pelo menos, um profissional de nível superior da área de saúde mental, além do médico psiquiatra que indica a terapia.

É o artigo 4º do mesmo PL que afirma que todas as aplicações de eletroconvulsoterapia deveriam ser comunicadas ao Ministério Público no prazo das 24 horas posteriores a sua realização. Em resposta a essas novas propostas fiscalizadoras da ECT, o Conselho Federal de Medicina emitiu o Parecer n.º 43/2001, em que consta:

Assim, somos de opinião que o referido projeto deva ser retirado de pauta e feita solicitação ao Conselho Federal de Medicina para que normatize seu uso no país. Caso o legislador aprovasse o projeto do deputado M.R., estaria abolindo a autonomia técnica dos médicos. E neste caso, a Medicina seria a única profissão que deveria ter procedimento privativo seu submetido a aval de agente de outra profissão (CFM, 2001).

Muito embora o Conselho Federal de Medicina reafirme sua autonomia e a necessidade de uma decisão estritamente médica para um tratamento médico de um transtorno do humor, é a Lei n.º 10.216 de 06/04/2001 (Reforma) que fala sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, artigo 4º, inciso 2º: “*o tratamento (...) será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.*”

Nessa direção, o segundo capítulo do Código de Ética Médica discursa acerca do direito médico de recusar-se a realizar atos profissionais que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência e de apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalha quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição (CFM, 2009).

É notável uma maior inclinação dos médicos a tolerar e indicar a eletroconvulsoterapia; ao passo que, da parte dos psicólogos e de outros profissionais da saúde, há um comportamento tão repressivo e refratário quanto ao uso desse tratamento para esse tipo de depressão, conforme manifesto nos documentos sob a forma de notas de repúdio de instituições representativas da psicologia, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas (CRP-SP, 2021).

Infelizmente o uso da ECT na história da psiquiatria mundial e brasileira é revestido de um enorme estigma, pelo fato de ter sido usada indiscriminadamente em pacientes "problemáticos" e difíceis como forma de punição ou vingança; e devido à gravidade da estreita relação que a terapia manteve com a violação de direitos humanos de milhares de pessoas que foram internadas em manicômios e submetidas a essa tecnologia, cujo efeito era a produção de corpos dóceis e calmos em realidades institucionais conturbadas e desumanizadoras (CRP-03, 2017). Em função disso, notou-se que sempre que há novas atualizações sobre a ECT, tão rápida e sincronizadamente os conselhos regionais de psicologia continuam a emitir suas notas de repúdio e seus manifestos contrários às decisões ou notas técnicas (CRP-SP, 2021).

Escutar de um usuário submetido à ECT que o tratamento não foi uma experiência ruim ou torturadora é dar eco ao processo de não considerar apenas um lado de uma técnica, ou seja, além de destacar os defensores e apoiadores dessa prática, busca-se escutar o usuário que venha a se beneficiar do processo (TASSIS, 2013).

Em 25 de novembro de 2009, a Comissão de Seguridade Social e Família aprovou o já mencionado Projeto de Lei n.º 2.611-B/2007, o que seria uma vitória para os avanços da reforma psiquiátrica, caso não fosse apensada (anexada), junto a esta, a aprovação de um outro PL (n.º 3.553/2008), que inclui a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

De toda maneira, a Nota Técnica n.º 11/2019, do Ministério da Saúde, autoriza, entre

outros procedimentos, a compra de aparelhos para a aplicação de eletrochoque em pacientes com distúrbios mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde.

O Diário Oficial da União de 18 de fevereiro de 2021, por exemplo, anunciou a nomeação do psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro como novo coordenador da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (PNSM). Isso gerou uma movimentação opositora do CRP de São Paulo, que emitiu um "Manifesto da Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial" posicionando-se contra a nomeação do psiquiatra à coordenação nacional, pelo fato de supostamente ser ele um defensor da ampliação de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, da eletroconvulsoterapia (ECT) e das internações involuntárias e compulsórias, e dado o recente credenciamento de 492 novas comunidades terapêuticas pela SENAPRED (Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas) (CRP-SP, 2021).

Após o impeachment da presidenta da república brasileira em 2016, representantes de setores mais conservadores da sociedade ganharam força no cenário político, e essa onda repercutiu na condução do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial, reconhecida por seu caráter antimanicomial, tem sido direcionada a um modelo de cuidado centrado no hospital psiquiátrico e na hegemonia do paradigma biomédico (CRP-SP, 2021).

5 CONCLUSÕES

Considera-se que o **objetivo geral** de apresentar as posições sobre a eletroconvulsoterapia para pacientes com depressão refratária a partir de bibliografia e documentos, desenvolvido sob a forma de demonstração do posicionamento das partes a partir de artigos, estudos, diretrizes e leis, foi satisfatoriamente alcançado, na medida em que houve uma apresentação dissertativa a partir das referências apresentadas.

Em se tratando do **primeiro objetivo específico**, o de investigar quais as **motivações** que levam aos encaminhamentos ou à busca por esse tratamento, foi possível chegar à ideia de que se convencionou um conjunto de normativas de recomendação para o uso dessa modalidade de tratamento ao mesmo tempo que o seu avanço não pôde se sobrepor ao estigma que essa

terapêutica traz como lastro. Nesse levantamento, observou-se maior aridez no que tange a uma das relevantes motivações para o seu uso, a depressão refratária, tendo esta permanecido como pano de fundo para esse embate amalgamado entre a ciência, a cultura e as tradições médico-hospitalares.

As razões para a aplicação desse tratamento foram bem especificadas nos documentos que a prescrevem, fazendo a ressalva de que seu uso deve ser recomendado quando outras formas de terapia fracassarem e quando houver ameaça à vida do paciente com depressão grave devido ao risco de suicídio, como é o caso da depressão refratária. Isso demonstra o cuidado e a observação de outras possibilidades de tratamento antes que essa proposta seja ventilada e efetivamente realizada.

A eletroconvulsoterapia é uma prática terapêutica cientificamente dita eficaz, não em 100% de seus pacientes, mas há estudos que ratificam sua comprovação. É essencial não confundir posicionamento científico com maniqueísmo. Uma técnica que se diz terapêutica teria sido criada somente com o intuito de torturar seus pacientes? O preconceito à ECT estaria deixando de levar em conta seu histórico pragmático?

Considerando o **segundo objetivo específico**, o de compreender os efeitos da prática nos pacientes que fazem uso desse tratamento, considera-se que tenha sido satisfatoriamente realizado na medida em que foram observadas diferentes consequências dessa prática. A terapia enfrenta obstáculos, como os efeitos colaterais, as cefaleias, as amnésias e as afasias. Outro efeito desse tratamento é levar à remissão, parcial ou completa, da situação da depressão. Ainda assim, seu maior desafio parece ser seu fantasma do passado, que levava o nome de “terapia de choque”, usada tantas vezes de forma indiscriminada e fora de todos os protocolos de segurança. Mesmo com a alegação da existência de evidências científicas a seu favor, não deve ser ignorado que o discurso científico é historicamente produzido por disputas de saber-poder e biopolítica, envolvendo diferentes concepções e atendendo a diferentes interesses coletivos ou pessoais.

Diante disso, a ECT, baseada nas evidências científicas de um discurso biomédico, pode acabar por anular uma vasta produção científica associada às Práticas de Atenção Psicossocial que foram produzidas por várias áreas do conhecimento, como a psicologia, a terapia ocupacional, a saúde coletiva e a psiquiatria democrática. Estas ressaltam o caráter da condição patológica agravada nos tratamentos segregacionistas e destacam a eficácia clínica dos tratamentos comunitários e multiprofissionais.

Quanto ao **terceiro objetivo específico**, identificar o posicionamento de instituições de saúde mental, foram encontradas variadas modalidades de posicionamentos, que mencionam, norteiam e criticam, contrária e favoravelmente, a ECT. A legislação ficou mais fluida, mais permissiva em relação ao uso desse tratamento, porém essa diretiva não veio desacompanhada de orientações que retrocedem nos ganhos e conquistas da luta antimanicomial. A elas estão associadas medidas que valorizam a internação e incrementam o acesso ao uso de equipamentos de ECT, mobilizando uma situação de alerta sobre como sua aplicação será conduzida, se dentro dos parâmetros específicos de sua recomendação, com as devidas observações prévias de outras possibilidades, ou como uma medida mais rápida e prática de se tratar pacientes internados nos asilos hospitalares.

Tanto os grupos anti-reforma psiquiátrica quanto aqueles que lutam para manter as conquistas da reforma a pleno vapor reivindicam seus ganhos e perdas nessa disputa que mais parece uma guerra de trincheiras com avanços e recuos no âmbito legislativo. Os profissionais da área devem estar atentos às novas mudanças no tocante à ECT e aos poderes legislativo e executivo.

O Conselho Federal de Psicologia e os CRPs ao redor do país podem se posicionar de forma refratária a este tratamento, mas, no fim das contas, por se tratar de um procedimento médico, fica a cargo do Conselho Federal de Medicina regular a prática. Por enquanto, se sugere que também seja questionada que a oposição ao tratamento além da observação dos diferentes aspectos envolvidos, como as recomendações, restrições, dimensões éticas, considere principalmente a pessoa humana que em sofrimento pode ser privada de uma chance de melhora onde tudo já falhou pela convicção da rejeição dessa possibilidade.

Nossas aspirações devem dialogar com a ciência e orientar as próprias pesquisas a uma melhor qualidade de vida, e, nesse sentido, é possível que a ECT, em um futuro, torne-se apenas uma referência, um episódio passageiro na história da psiquiatria e da psicologia.

Enquanto esse cenário não se torna realidade, que trabalhemos firmemente pela criação de mecanismos eficazes que evitem a aplicação abusiva da ECT ou seu uso disciplinar na lógica manicomial, que se elimine a produção de sofrimento em quem deseja somente melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Compra de aparelhos de eletrochoque está sob análise, diz ministério.** Publicado em 12 fev. 2019. Disponível em: <<https://jornalistaslivres.org/governo-bolsonaro-corta-verbas-para-tratamento-de-cancer-e-programas-de-saude-publica/>>. Acesso em 06 out. 2022.

ALVES, Mercedes Jurema Oliveira. Estimulação magnética transcraniana de repetição como estratégia de manutenção terapêutica após eletroconvulsoterapia: uma revisão conceitual. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 6-13, 2016. DOI: 10.25118/2763-9037.2016.v6.123. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/123>. Acesso em: 19 out. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSIS, Tália Santana Machado *et al.* Eletroconvulsoterapia para o tratamento da depressão refratária à medicação: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 4-13, 2020. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/497/202>. Acesso em: 19 out. 2022.

BASTOS, O. **Eletroconvulsoterapia:** diretrizes para o seu uso no Brasil. *Jornal do Psiquiatra*, Ed. 18, 2003.

BEZERRA, Maura Lima; CALDAS, Marcus Tulio. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. Ed. 28, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 2.611-B de 12 de dezembro de 2007.** Regulamenta restritivamente o emprego da eletroconvulsoterapia. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2007. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=D952D1B61313EA0B1E10ABF92C701A5D.node2?codteor=1070462&filename=Avulso+-PL+2611/2007. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3.553 de 11 de junho de 2008.** Inclui a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2008. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=D952D1B61313EA0B1E10ABF92C701A5D.node2?codteor=1070462&filename=Avulso+-PL+2611/2007. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 4901 de 21 de junho de 2001.** Regulamenta restritivamente o emprego da Eletroconvulsoterapia e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2001a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=29926>. Acesso em: 18 out. 2022.

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: Câmara dos Deputados, 2001b. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-10216-2001_85069.html. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Nota Técnica nº 11 de 4 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

BUSNELLO, E. Eletroconvulsoterapia - ECT. In J. Tabora & P. Lima (Orgs.), Rotinas em psiquiatria (p. 272-279). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In P. Amarante & B. Bezerra (Orgs.), **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica (p. 9-15). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica**. Resolução CFM nº 1.931, 17 set. 2009. Brasília, DF: 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Parecer nº 43 de 18 de outubro de 2001**. A eletroconvulsoterapia é ato médico, cuja regulamentação deve ser feita pelas organizações éticas e competentes. Brasília, DF: 2001. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2001/43_2001.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução n. 1.640 de 10 de outubro de 2002**. Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências. Brasília, DF: 2002. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1640-2002_97487.html. Acesso em: 17 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução n. 2.057 de 20 de setembro de 2013**. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano. Brasília, DF: 2013. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-2057-2013_261677.html. Acesso em: 17 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução n. 2.165 de 23 de junho de 2017**. Altera a alínea "b" do parágrafo 4º do artigo 20 da Resolução CFM nº 2.057/2013. Brasília, DF: 2017. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-2165-2017_347547.html. Acesso em 17 out. 2022

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP-SP). **Manifesto da rede nacional internúcleos da luta antimanicomial contra a nomeação de Rafael Bernardon para a coordenação nacional de saúde mental, álcool e outras drogas**. Publicado em 1º de março de

2021. Disponível em:

<https://www.crpsp.org/uploads/noticia/83937/Rukja7T0DPSqddLlOkANwv8Jl-4kOG9T.pdf>.

Acesso em :31 out 2022.

DEL PORTO, J. **Atualidades sobre eletroconvulsoterapia**. SNC em Foco, 2006.

FINK, M. Psicobiologia do eletrochoque. In J. Licínio & M. Wong, *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRAEFF, Frederico Guilherme. Evolução da neurociência comportamental nos últimos 50 anos. Foco no sistema de defesa e na neurotransmissão. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 89-111, 2018. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v51i2p89-111. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/152027>. Acesso em: 18 out. 2022.

KAUARK, Fabiana da Silva *et al.* **Metodologia da pesquisa**: um guia prático. 1 ed. Bahia: Via Litterarum, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, P. C. **Tipos de revisão de literatura**. Unesp: Botucatu, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2022.

MEZZA, Martín; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes de. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>. Acesso em: 9 nov. 2022.

NEVES, Eduardo Borba; DOMINGUES, Clayton Amaral. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Pessoal (CEP), 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições Clínicas e Diretrizes. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PONTES, Cleto Brasileiro. **Psiquiatria**: conceitos e práticas. Fortaleza: Ed. UFC, 1995.

RIGONI, Vinicius *et al.* Eletroconvulsoterapia (ECT): uma abordagem histórica. **Anais de Medicina**, Joaçaba, n. 1, p. 49–50, 2018. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/19049>. Acesso em: 19 out. 2022.

ROSA, Moacyr Alexandro *et al.* Eletroconvulsoterapia e estimulação magnética transcraniana: semelhanças e diferenças. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 243-250, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/JjhxK8BW6c6sVgQnBpyCgdK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

SADOCK, B. J.; GREBB, J. A; KAPLAN, H. B. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

SAMPAIO, J. J. 1988. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis.** 1988. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1988.

SARIN, Luciana Maria; PORTO, José Alberto Del. Antipsicóticos atípicos na depressão refratária. **J. Bras. Psiq.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 73-78, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200001>. Acesso em: 19 out. 2022.

SAYPOL, J.M.; ROTH, B.J., COHEN, L.G.; HALLETT, M. A theoretical comparison of electric and magnetic stimulation of the brain. **Ann Biomed Eng**, [S. l.] v. 19, p. 317-28, 1991.

SOLOMON, Andrew. **O Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão.** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e Tratamento da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. 1999, v. 21, suppl 1, pp. 18-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500005>. Acessado em: 04 dez. 2022.

TASSIS, Fernanda Pinto de. **Cura, castigo?: um estudo sobre a criação da eletroconvulsoterapia (ECT) e sua utilização em pacientes no estado do Espírito Santo.** Orientador: Maria Cristina Campello Lavrador, 2011. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional), Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/2943>. Acesso em 31. out. 2022.

VISMARI, Luciana; JUSSILANE, Glaucie Alves; NETO, João Palermo. Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. **Rev Psiq Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 196-204, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500004>. Acesso em: 19 out. 2022.