

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Raíssa Menezes Cruz Moreira Luz

O USO DA ELETROCONVULSOTERAPIA NO BRASIL:
UMA ANÁLISE DE SUAS REGULAMENTAÇÕES

SÃO PAULO

2022

Raíssa Menezes Cruz Moreira Luz

O USO DA ELETROCONVULSOTERAPIA NO BRASIL:

UMA ANÁLISE DE SUAS REGULAMENTAÇÕES

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof^a Dr^a Andréia De Conto Garbin.

São Paulo

2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por sempre me apoiarem em tudo o que me proponho a fazer; obrigada pelo cuidado, pela confiança, e por me fazerem acreditar em possibilidades melhores de futuro.

Aos meus companheiros de vida Gustavo, Karol, Gabriela, Luiza, Bianca e Ana. Por vezes, acreditaram em mim mais do que eu jamais conseguiria. Obrigada por sempre me lembrarem que a vida pode ser leve, e que a potência dos encontros é transformadora.

Aos meus queridos, Tiago, Fernanda, Carla, Vitoria, Will e Isabella. Pela companhia de longa data, pela escuta, pelo aconchego, por toda a ajuda e todas as risadas. Obrigada por ficarem, e me mostrarem a força que algumas conexões podem ter.

Aos meus amigos puquianos, que frequentemente dividiram comigo os sofrimentos e alegrias desta graduação. Obrigada pelas risadas, conversas, fofocas, compartilhamentos e abraços que tornaram este percurso possível.

Em especial, à minha amiga Juliana, com quem tive a primeira troca nessa universidade, e desde então tem sido minha maior parceria. Obrigada por me fazer sentir em casa.

Ao meu amigo Caio, que de diversas formas foi meu companheiro de graduação, sempre com muito carinho e cuidado. Obrigada pela escuta, acolhimento e ajuda ao longo deste trabalho; sua companhia foi imprescindível para que eu passasse por esse processo. Obrigada por tornar minha vida mais bonita.

À Vera, que constrói espaços com muita potência, foi fundamental na minha trajetória, e aceitou ser parecerista deste trabalho.

E, por fim, à minha orientadora, Andréia Garbin. Por ter feito este caminho mais leve, me escutando sempre de forma muito acolhedora, me trazendo tranquilidade e confiança em momentos turbulentos.

RESUMO

A eletroconvulsoterapia (ECT) é uma técnica desenvolvida em 1938, que causa crises convulsivas a partir de estímulos elétricos, com o objetivo de agir sobre sintomas psiquiátricos. Este trabalho buscou reconhecer em documentos públicos as teses que sustentam o uso da eletroconvulsoterapia no Brasil. Para tanto, foram analisadas legislações e regulamentações a respeito da prática. Após leitura inicial, foram construídos núcleos temáticos a partir de conteúdos que se repetem ao longo dos documentos e se destacam nos textos: critérios para aplicação (consentimento informado, o uso de anestesia, e exames e avaliações físicas); a ECT enquanto procedimento médico; definições, defesas e críticas. Discute-se as contradições existentes nas modificações atuais da prática, a impossibilidade de a definir enquanto eficaz, e de que forma este debate está posto nos documentos. A ECT está relacionada a uma concepção de saúde biologizante e, nos documentos, aparece intrinsecamente ligada a um modelo de assistência manicomial e privatizante que, assim como a ECT, tem uma história de violência e opressão daqueles em sofrimento psíquico. Sua dimensão técnica não apaga este caráter do procedimento.

Palavras-chave: eletroconvulsoterapia; saúde mental; sofrimento psíquico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Breves aspectos da história da loucura no Brasil	5
1.2 O surgimento e a consolidação da eletroconvulsoterapia	6
1.3 Reforma Psiquiátrica brasileira.....	8
1.4 O método da eletroconvulsoterapia: configurações atuais	10
1.5 Controvérsias e críticas sobre a técnica.....	12
2. OBJETIVOS	16
3. MÉTODO	17
4. RESULTADOS E ANÁLISE	18
4.1 Critérios para aplicação	19
4.1.1 Consentimento informado.....	19
4.1.2 O uso de anestesia.....	22
4.1.3 Exames e avaliações físicas.....	23
4.2 A ECT enquanto procedimento médico	24
4.3 Definições, defesas e críticas	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surge a partir de uma aproximação da autora com a área da saúde mental, ainda no terceiro ano de graduação. Desde então, com a continuidade dos estudos acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira e a implicação da Psicologia neste processo, o tema se tornou cada vez mais interessante e cativante. A partir da compreensão do momento em que vivemos enquanto explicitador da necessidade de nos posicionarmos politicamente dentro da Psicologia, surge a motivação de realizar uma pesquisa a respeito dos retrocessos vividos no âmbito das políticas de saúde mental. A eletroconvulsoterapia aparece enquanto um ponto ainda permeado de conflitos e incertezas, sobre o qual a autora pouco conhecia. Assim, este estudo surge a partir de inquietações a respeito de que atuação tem sido construída dentro desta área, e de que maneira temos caminhado para um futuro diferente da história tão dolorida que nos constitui.

1.1 Breves aspectos da história da loucura no Brasil

No início do século XIX, ainda não havia instituições específicas destinadas a abrigar a loucura. As ruas, as prisões ou as Santas Casas de Misericórdia eram os ambientes destinados a esses indivíduos, que estavam majoritariamente entre a população mais pobre do país (AMARANTE, 1994). Nessas instituições, os loucos eram alvo de castigos físicos e repressão de suas inquietações, sofriam com a desnutrição, doenças infecciosas, e tinham de viver em ambientes com terríveis condições sanitárias, frequentemente superlotados (RESENDE, 1987). É nesse momento que se tem início o processo de exclusão social da loucura, em que esses sujeitos foram progressivamente retirados do convívio social, isolados em lugares específicos (VECHI, 2004).

A primeira instituição psiquiátrica brasileira foi o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852, o que só foi possível a partir da organização dos médicos enquanto categoria profissional (RAMMINGER, 2002). Apesar de ser um marco para a assistência psiquiátrica, o hospício se mantinha administrativamente subordinado à Santa Casa de Misericórdia, e a religião possuía grande influência no local. Os alienistas reivindicavam a direção da instituição, afirmando ser necessário também oferecer tratamento médico de mais qualidade aos internos (RESENDE, 1987). Em

1890 conseguem tal feito, e o hospício é desvinculado da Santa Casa. (AMARANTE, 1994).

São criados, a partir de então, em diferentes lugares do país, as primeiras colônias de alienados. O trabalho ocupava lugar central nas instituições, sendo visto como o tratamento em si, e também como o objetivo dele. O intuito era que as pessoas pudessem eventualmente se curar para estarem aptas a trabalhar novamente, e o método terapêutico oferecido era justamente o trabalho manual nas colônias. Isso se dá em meio a um contexto social de valorização do trabalho, que passa a ser parâmetro de normalidade (RESENDE, 1987).

Durante o século XIX, a introdução da noção de doença mental permitiu que o fenômeno fosse apropriado pela psiquiatria, se tornando objeto de intervenção médica, rompendo com o discurso religioso presente anteriormente (FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Nesse período, a compreensão da loucura estava atrelada a uma visão biologicista da medicina, que patologizava comportamentos. A psiquiatria, desconhecendo as causas para tais doenças mentais, passou a buscar causas orgânicas para os sintomas observados, procurando aproximar-se das demais especialidades médicas (TALEROW, 2011).

Este discurso passa a justificar a exclusão social, entendendo a própria internação nas instituições como tratamento, mantendo-se o isolamento e maus tratos, agora legitimados pela cientificidade. O serviço predominante neste momento era o de internação de longa duração. Ao sujeito louco o convívio social era negado, ancorado no discurso de que estava doente e, portanto, deveria ocupar apenas espaços de tratamento médico (VECHI, 2004).

Nesse contexto, exprimindo as perspectivas médicas organicistas, surgiram as terapias biológicas. Partiam do pressuposto de que uma alteração no organismo poderia curar as doenças mentais, e surgiram técnicas para causar febres, convulsões, e realizar psicocirurgias com esse objetivo (TALEROW, 2011).

1.2 O surgimento e a consolidação da eletroconvulsoterapia

As convulsoterapias tiveram sua origem com o médico húngaro Ladislav von Meduna, primeiramente divulgadas em 1936. Passou a buscar maneiras de provocar

convulsões em pacientes¹ psiquiátricos baseando-se na hipótese de que existia um antagonismo biológico entre a epilepsia e a esquizofrenia, a partir da observação de alguns pacientes. De início administrou a cânfora e, posteriormente, utilizou o cardiazol para causar as crises convulsivas. A aplicação destes fármacos apresentava grande risco de lesões, devido à intensidade das convulsões ocasionadas, risco de problemas circulatórios e lesões cerebrais. Além disso, geravam reações psicológicas como angústia, temor e pânico intensos (TALEROW, 2011).

Buscando uma técnica convulsivante que fosse menos custosa e não apresentasse as dificuldades da aplicação do cardiazol, os psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini passaram a utilizar o estímulo elétrico para induzir crises convulsivas em 1938 (MOSER, LOBATO, BELMONTE-DE-ABREU, 2005). Era necessário apenas um pequeno aparelho, conectado aos eletrodos posicionados na cabeça do paciente, e precisava-se de uma equipe menor para sua aplicação. Portanto, era mais vantajoso aos hospitais (TALEROW, 2011). O método da eletroconvulsoterapia (ECT) passou a ser amplamente aplicado, mesmo sendo desconhecido seu método de ação. (GUIMARÃES et.al, 2018)

A ECT chegou ao Brasil em 1941, através do psiquiatra Antonio Carlos Pacheco e Silva. Após visita aos Estados Unidos, em que assistiu a demonstrações do método em diversos hospitais e aprendeu sobre a técnica, o médico passou a aplicá-la em São Paulo (SILVA, 1941). Na década de 1940 predominavam os hospitais públicos, e foi um período de grande expansão dos leitos psiquiátricos. A psiquiatria buscava se consagrar enquanto especialidade médica e conquistar mais espaço de atuação e, por isso, as terapias biológicas foram de grande importância, afirmando o caráter interventivo do hospital, e não apenas de reclusão (PAULIN; TURATO, 2004).

A ECT foi amplamente utilizada nas décadas seguintes, sem critérios rígidos para sua indicação, e era aplicada em pessoas que apresentavam quadros graves independentemente do diagnóstico, apesar de ter sido desenvolvida especificamente para a esquizofrenia. Foi amplamente difundida não somente por ser vista como um tratamento que levava à possível remissão de sintomas: a técnica também era utilizada para controlar pacientes que se mostrassem agitados ou agressivos. A ECT

¹ Utiliza-se frequentemente, ao longo deste trabalho, a terminologia “paciente”. Este uso está relacionado aos documentos pesquisados e contextos históricos aos quais fazem referência. No entanto, compreende-se que se trata de um usuário dos serviços de saúde mental, entendido enquanto sujeito de direitos, com autonomia.

serviu como ferramenta de ameaça e punição dentro das instituições psiquiátricas, sendo aplicada sem anestésicos e, portanto, assemelhando-se a um método de tortura, com consequências como lesões, perda de memória, hematomas e, eventualmente, o óbito (SILVA, 2012).

Além dos danos físicos, o sofrimento dos pacientes em relação à ECT esteve relacionado à sua função opressora. A autoridade médica, que possibilitava os profissionais a aplicarem o método a qualquer momento, transformava a ECT em uma forma de amedrontar e controlar pacientes. A experiência do choque relacionava-se a um processo de dor, humilhação e traumas, não cumprindo sua suposta função de tratamento (SILVA, 2012).

A partir da década de 1960 e 1970, seu uso passou a diminuir, devido ao avanço de antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor mais efetivos, que passaram a ocupar lugar central nas práticas psiquiátricas. Além disso, críticas a respeito do uso indevido da ECT e denúncias crescentes a respeito da violação dos direitos humanos dentro das instituições psiquiátricas, também levaram a uma diminuição em sua popularidade (SILVA, 2012). Neste período, os movimentos sociais e de trabalhadores questionam o paradigma vigente sobre doença e loucura, bem como os métodos de tratamento e intervenção, conforme veremos a seguir.

1.3 Reforma Psiquiátrica brasileira

No final da década de 1970, em um contexto de redemocratização do país, tem início o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que questiona o modelo hospitalocêntrico e o paradigma psiquiátrico existente até então e, com isso, todo o modelo de assistência vigente (AMARANTE, 1998). Tem como marco importante de seu começo a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, que desempenhou papel importante na formulação teórica e proposição de novas práticas. Organizando diversos eventos no Brasil que foram essenciais para o avanço no debate da saúde mental, como congressos e conferências, articulou o movimento por todo o país (AMARANTE; NUNES, 2018).

Acompanhadas de reivindicações de cunho trabalhista, eram tecidas críticas a respeito da cronificação do manicômio, e da indústria lucrativa construída a partir do conceito de doença mental (AMARANTE, 1998). Estando próxima da Reforma

Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira desenvolve-se em um contexto de desaprovação das políticas de saúde de cunho privatista do país, trazendo em seu centro críticas às instituições e ao saber psiquiátrico hegemônicos (CARDOSO et al., 2014).

O Movimento da Luta Antimanicomial se constitui enquanto movimento social mais amplo, envolvendo não apenas os profissionais, mas também os loucos, seus familiares e ativistas de direitos humanos. A luta passa a abranger a extinção da lógica manicomial em suas diversas faces, ultrapassando uma visão anterior de possível melhoria do sistema (AMARANTE; NUNES, 2018).

É reconhecido que a noção de doença confere ao saber psiquiátrico a autoridade científica de poder legitimar a exclusão social e estigmatização (COSTA JÚNIOR; MEDEIROS, 2007). Nesse contexto, o uso da ECT também passou a ser muito criticado, por seu uso estar fortemente relacionado às situações de violência e maus tratos em relação aos internos em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1998).

Assim, a Reforma Psiquiátrica se caracterizou como um movimento que luta pelo fim de situações de opressão, pela reinserção social dos que eram excluídos e transformação do lugar social ocupado pela loucura (NUNES, 2019). Isso se relaciona diretamente com uma nova compreensão do que seria a loucura, que se dá de forma mais ampla, considerando-se aspectos sociais, psicológicos e biológicos do indivíduo, e a própria experiência da intolerância e estigmatização, como constitutivas desse fenômeno (COSTA JÚNIOR; MEDEIROS, 2007).

O sofrimento psíquico passa a ser visto, então, em profunda relação com o social e a totalidade da vida do indivíduo, afastando-se, assim, da visão organicista que predominava (AMARANTE, 2013). Esse movimento está atrelado à elaboração de um modelo assistência que reflete essa compreensão, com serviços de enfoque multidisciplinar que não tem mais como objeto de intervenção a doença mental (FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Apesar das críticas traçadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a ECT nunca deixou de ser aplicada completamente. Já na década de 1980, voltou a ser amplamente utilizada após serem observados casos resistentes ao uso de medicação, com poucos ou nenhum resultado (SILVA, CALDAS, 2008).

1.4 O método da eletroconvulsoterapia: configurações atuais

As ferramentas terapêuticas de determinado campo da medicina, refletem as concepções acerca da doença e a melhor forma de tratá-la. São resultado de diversas pesquisas que partem de determinada compreensão teórica. Na psiquiatria, a classificação de doenças é atravessada por julgamentos morais, aspectos sociais e político-econômicos dos médicos (TALEROW, 2011). Assim, as compreensões que se tem acerca da loucura revelam-se na organização da assistência, já que o cuidado é sempre pensado a partir de algum referencial teórico (HUMEREZ, 1990).

A partir da perspectiva do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, é possível compreender a ECT como produto de uma concepção de sujeito essencialmente orgânico, que possui uma doença enquanto manifestação do mau funcionamento do corpo. Isso se reflete no parâmetro de eficácia relacionado apenas à ausência de sintomas, sem considerar seriamente outros fatores como a produção de melhoria de qualidade de vida e autonomia do usuário, e seu bem-estar biopsicossocial (SILVA; CALDAS, 2008).

As intervenções médicas se pautam em compreensões epistemológicas e, se estas se transformaram com a Reforma Psiquiátrica brasileira, intervenções que buscam apenas eliminação de sintomas perdem sua legitimidade. Ao partirmos de uma outra concepção de homem, de saúde, e de loucura, o objetivo da psiquiatria deixa de ser a cura de sintomas, e passa a ser a produção de vida, de sociabilidade. O cuidado passa a significar acolhimento ao sofrimento psíquico, produção de autonomia, respeito às individualidades. A ECT aparenta se alinhar mais a uma lógica manicomial do que a seu questionamento e resistência (SILVA; CALDAS, 2008).

Mesmo tendo sido alvo de críticas, o uso da ECT não foi abandonado completamente. A partir dos anos de 1980, a aplicação voltou a ganhar espaço e a ser amplamente utilizada, sustentada pelo julgamento de que não se obtinham resultados sempre satisfatórios com a psicofarmacologia (SILVA; CALDAS, 2008).

Em 2002 a ECT foi regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 1.640. Foram normatizados os critérios de aplicação, com o objetivo de evitar as circunstâncias atreladas ao uso abusivo. Tal fato se deu apenas um ano após a aprovação da Lei 10.216/2001, que diz respeito à proteção de direitos de pessoas que lidam com transtornos mentais, e reorienta o modelo de assistência;

a lei serve de orientação para as resoluções do CFM. Hoje, a prática da ECT está regulamentada a partir da Resolução do CFM nº 2.057, de 2013.

Desde que foi introduzida, a ECT passou por algumas mudanças importantes em sua aplicação, como o uso de anestesia de curta duração, relaxantes musculares e melhor monitoramento da crise convulsiva. Mesmo com os avanços nas pesquisas, o mecanismo de ação ainda não é conhecido, e existem diversas hipóteses sobre seu funcionamento (JOSÉ; CRUZ, 2019).

Vários autores concordam sobre a indicação da ECT para pessoas diagnosticadas com transtornos depressivos graves, transtorno bipolar e esquizofrenia. Pode ser tida como primeira escolha de tratamento em casos mais graves, em que há necessidade de melhora rápida, relativa à intensidade dos sintomas e risco de suicídio (JOSÉ; CRUZ, 2019). O tratamento com a ECT pode ser feito de forma associada aos medicamentos, e também é indicada para pessoas que não obtiveram melhora satisfatória com o uso de psicofármacos. Não existem contraindicações absolutas, mas algumas condições, como histórico de infarto, aneurismas, e doenças pulmonares, fazem com que a ECT seja considerada de alto risco (SALLEH et al., 2006;).

Para ser aplicada, é necessário que se faça uma avaliação intensa do usuário, incluindo anamnese completa, exames laboratoriais, cardíacos, radiografias e avaliação pré-anestésica. Testes neuropsicológicos também devem ser realizados antes e depois da ECT, para que se possa observar possíveis alterações (JOSÉ; CRUZ, 2019). O tratamento é composto pela fase aguda, com o objetivo de remissão dos sintomas; pela fase de manutenção, para prevenir recaídas e eventualmente promover a cura; e há possibilidade de um tratamento de manutenção em longo prazo, para evitar recidivas. A duração e frequência de sessões varia de acordo com o diagnóstico e o caso específico (SALLEH et al., 2006).

O déficit de memória é um efeito muito comum decorrente da ECT, e costuma se manter por alguns meses após o fim da aplicação de ECT. Outras complicações podem ocorrer, sendo menos comuns que o déficit cognitivo, como arritmias cardíacas, danos dentários, e insuficiência circulatória, mas costumam se resolver sem tratamento adicional (MOSER, LOBATO, BELMONTE-DE-ABREU, 2005). Assume-se que a taxa de mortalidade se equipara ao risco ligado a procedimentos que necessitam de anestesia geral, sendo um para cada dez mil casos (SALLEH et al., 2006).

1.5 Controvérsias e críticas sobre a técnica

Para Read, Kirsch e McGrath (2020), a comprovação da eficácia da ECT deve partir de estudos placebo-controlados e de duplo-cego, com os mesmos critérios de outras intervenções psiquiátricas. Estes se caracterizam por pesquisas que comparam a ECT real com a ECT simulada, em que o paciente recebe a anestesia e medicamentos do método, sem o estímulo elétrico. Avaliando detalhadamente metanálises de estudos que fazem tal comparação, os autores demonstram que existem falhas metodológicas significativas em todas as pesquisas do tipo realizadas até então.

Existem apenas 11 estudos placebo-controlados sobre a ECT, sendo que o último foi realizado em 1985, e todos nos Estados Unidos ou Reino Unido. Cinco destes estudos não descreveram seu processo de randomização, e nenhum pode ser considerado um estudo duplo-cego, pois não excluíram pessoas que já haviam passado por ECT, e elas provavelmente saberiam que não receberam ECT real caso estivessem no grupo placebo.

Segundo os autores, em geral os estudos não são representativos da população que mais recebe ECT, não analisando dados de idade, gênero ou etnia, e não incluindo pessoas com diagnóstico de depressão grave. Dois dos estudos aplicaram ECT real em pessoas do grupo placebo, invalidando suas conclusões. Apenas quatro consideraram respostas dos próprios pacientes em relação a sua percepção de melhora e qualidade de vida. Nas onze pesquisas, o número de pacientes participantes foi baixo.

Tendo tudo isso em vista, é impossível concluir se a ECT é superior à ECT simulada no período de tratamento. Nenhuma das metanálises declara qualquer evidência de que a ECT é mais efetiva para prevenção de suicídio em relação à ECT simulada. Não há evidências a respeito de benefícios a longo prazo, e as melhoras a curto prazo se sustentam em pesquisas de má qualidade. O efeito placebo pode ser um ponto importante para as pessoas submetidos ao tratamento.

Segundo Blease (2012), para realizar estudos de duplo-cego com ECT simulada, seria necessário que os participantes fossem em consultas, recebessem anestesia, e vivenciassem todo o processo da ECT, sem de fato receber o choque.

Como seriam informados dos efeitos colaterais, existiria a possibilidade de qualquer um perceber que faz parte do grupo controle. Portanto, para realizar um estudo placebo-controlado, pessoas teriam que vivenciar os efeitos colaterais mais comuns como confusão, dores de cabeça e no corpo, e danos na memória, logo após a aplicação. Há um empecilho ético na realização de tais estudos, apresentando um grande risco para o grupo de ECT simulada. Além disso, pode-se considerar que exista um efeito placebo no próprio cuidado existente na aplicação de ECT – uso de tratamento de alta tecnologia, atenção da equipe médica, e passar por intervenção médica.

De acordo com os estudos de Read e Bentall (2010), além do possível efeito placebo vivido pelo paciente na experiência de receber a ECT, os próprios médicos podem ser influenciados pela sua relação com o método. Alguns estudos ainda utilizados como evidência de sua eficácia, realizados nos anos 1940, contavam com a esperança e animação dos psiquiatras com a nova tecnologia, influenciando sua percepção de melhora nos casos. Os parâmetros de melhora muitas vezes não são definidos pelas pesquisas, passando por um julgamento do médico, que podem ser mais favoráveis à ECT.

Da mesma forma que atualmente ainda não se pode afirmar que a ECT é eficaz durante sua aplicação, não existem quaisquer evidências de benefícios a longo prazo (READ; KIRSCH; MCGRATH, 2020). Por isso, um aspecto importante é a alta taxa de recidiva, mesmo quando há percepção de melhora. Foi observado em um estudo que grande parte das pessoas que apresentavam remissão de sintomas, após alguns meses, sofriam com o reaparecimento destes. Isso contribui para a reinternação frequente de pessoas em hospitais psiquiátricos (OLIVEIRA, 2019).

A produção de conhecimento acerca da ECT também é controversa em relação a quem a realiza. Oliveira (2019) afirma que uma das principais referências é o Dr. Richard Abrams, citado mais de 60 vezes em relatório da American Psychiatric Association (APA) de 1990 sobre a ECT. Abrams, além de professor universitário, era proprietário da fábrica de máquinas de ECT mais vendida do mundo, a Somatics. O claro conflito de interesses existente gera questionamentos a respeito de todo o escopo teórico que fundamenta a prática.

Mesmo dentre os campos mais favoráveis à ECT, é reconhecida a presença de efeitos adversos, sendo os mais comuns a amnésia anterógrada - a incapacidade de reter informações novas -, e a amnésia retrógrada - perda de memória de eventos

passados. É possível que algumas pessoas vivenciem tais efeitos de forma persistente e permanente. Read e Bentall (2010) apontam que disfunções na memória, além de comuns, podem estar ligadas a danos cerebrais.

Não é possível concluir com certeza se a ECT causa ou não danos cerebrais, segundo Reisner (2003), apesar de estudos apontarem que o uso de anestesia e oxigenação eliminariam esse risco. Existem estudos feitos após a morte de pessoas que receberam ECT, que mostram a existência de danos cerebrais. Porém, todos estes estudos foram realizados em um período em que ainda não se utilizava a anestesia e oxigenação. Ainda é necessário que mais pesquisas sejam feitas para que seja possível afirmar se a ECT não causa danos cerebrais ao menos em uma porcentagem de pessoas.

Outro dado importante a ser analisado é a taxa de mortalidade associada à prática. Read, Kirsch e McGrath (2010) afirmam que apesar de ser aceito um número próximo de 1 por 10.000 pacientes, alguns estudos observaram taxas bem mais altas. Este número relaciona-se ao uso da anestesia, e não à aplicação da ECT em si. Porém, seria necessário considerar que o risco pela anestesia se repete por uma média de oito vezes no tratamento, uma a cada aplicação de ECT.

Breeding (2016) afirma que além dos efeitos danosos físicos e cognitivos, também são relevantes os efeitos psicológicos consequentes da ECT. É possível que se vivencie um sofrimento envolvendo sentimentos de pavor e impotência, sentimentos de vergonha e desesperança, além de uma promoção de dependência dos profissionais médicos. É frequente que os pacientes não se sintam confortáveis em compartilhar tais experiências com os médicos. Sentimentos negativos e vivências traumáticas são constantemente ignoradas sob um ponto de vista biologizante que busca intervenções no cérebro para curar supostas doenças mentais.

Uma medida tomada para aumentar a autonomia do usuário, se afastando desse possível assujeitamento, é a exigência do seu consentimento, quando em condições de fazê-lo. No caso da ECT, para o consentimento ser realizado de maneira completamente informada, é necessário que a pessoa saiba que o mecanismo de ação não é conhecido, que há grande controvérsia sobre seu uso, e são sérios os efeitos colaterais possíveis. Além disso, também deveria ser discutido com o usuário o debate a respeito da possível ação da ECT ser induzida por placebo (BLEASE, 2012). Algumas pesquisas sugerem que uma parcela das pessoas submetidas ao

tratamento sente que não possui informação suficiente antes de consentir com o procedimento (FISHER, 2012).

A ideia de que a ECT é um método utilizado enquanto “último recurso”, pode influenciar a decisão dos usuários de se submeter a ela e sua percepção da disponibilidade de outros tratamentos. Ao longo do processo do consentimento e da própria aplicação, podem existir sentimentos de impotência, além de medo e ansiedade, normalmente relacionados com os efeitos adversos. Assim, a experiência da ECT não é vivida como neutra. São diversas as reações possíveis de se ter diante dessa técnica, as pessoas constroem um sentido de sua vivência antes, durante e após a ECT (FISHER, 2012). Ensaios clínicos que afirmam que a ECT é um tratamento eficaz, não incluem no parâmetro de eficácia todos os fatores que influenciam a percepção do usuário sobre os benefícios do tratamento (ROSE et al., 2003).

A visão dos que passaram pelo procedimento, e a compreensão que o usuário tem de seu tratamento, são pontos centrais para a avaliação da ECT. Sua história de abusos, utilização como método de tortura e controle, levou a ECT a ser vista como um símbolo de sofrimento por aqueles afetados. Não é uma questão puramente técnica, se torna um problema ético e de cidadania avaliar a aplicabilidade deste método, que historicamente esteve ligado a violências e agressões. O consentimento não pode ser encarado como uma aparente decisão individual, há uma dimensão pública em que participam das discussões os usuários, familiares, médicos e sociedade em geral. Se pessoas em sofrimento psíquico, enquanto um grupo político, negam este tratamento pela sua construção histórica e simbólica, o possível respaldo científico da eficácia da ECT não seria suficiente para sustentar sua prática (DA SILVA, 2012).

A análise da ECT, enquanto intervenção médica invasiva, deve ultrapassar o caráter técnico e abranger o campo ético, político, econômico e jurídico. Suas dimensões sociocultural e institucional, permitem a compreensão da ECT como ato social, evidenciando sua história enquanto ferramenta de punição. A discussão sobre seu uso deve, portanto, abarcar todas as esferas do fenômeno (OLIVEIRA, 2019).

2. OBJETIVOS

Este trabalho buscou reconhecer em documentos públicos as teses que sustentam o uso da eletroconvulsoterapia no Brasil.

Pretendeu identificar os documentos que regularizam o uso da eletroconvulsoterapia nas intervenções em saúde mental no Brasil; compreender os referenciais teóricos aplicados ao uso da técnica, bem como as transformações e disputas acerca do tema expressas nos documentos.

3. MÉTODO

O presente estudo se caracteriza como pesquisa documental, de abordagem qualitativa, de forma a analisar materiais que refletem e oferecem informações acerca do contexto histórico e social em que foram produzidos, permitindo melhor compreensão do fenômeno (GODOY, 1995). A partir da análise de documentos, torna-se possível a construção de novas compreensões acerca do tema. Para isso, deve-se entender sua finalidade, o que busca comunicar e em que contexto está inserido (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

Para atingir o objetivo de melhor compreender a eletroconvulsoterapia, os documentos selecionados foram legislações e regulamentações a respeito da prática. Foram pesquisados no Portal da Câmara dos Deputados e no site do Conselho Federal de Medicina (CFM). Incluem-se Projetos de Lei (PL), Resoluções e Parecer do CFM, e Nota Técnica do Ministério da Saúde (MS). Mostram-se relevantes por representarem possibilidades de mudança na legislação do país, e a normatização atual a respeito da ECT. Foram incluídos todos os sete documentos encontrados.

Após leitura inicial dos textos, foi realizada uma categorização dos conteúdos extraídos dos documentos. A análise do material teve como objetivo possibilitar a interpretação das informações de caráter qualitativo, indo além do conteúdo manifesto do material, como estabelecido por Minayo (2014). Assim, foi possível articular o que consta nos documentos com suas determinações. Foram construídos núcleos temáticos a partir de conteúdos que se repetem ao longo dos documentos e se destacam nos textos.

A seguir, apresenta-se uma síntese dos documentos recolhidos para análise, com seus aspectos centrais.

Quadro 1: Documentos públicos relacionados à regulamentação do uso da eletroconvulsoterapia na Política Nacional de Saúde Mental, de 2001 a 2019, Brasil.

Documento	Autor	Situação	Posição	Resumo
PL nº 4.901/2001	Marcos Rolim - PT/RS	Arquivada	Contrária	Objetivo de regulamentar restritivamente o uso da ECT
Parecer CFM nº 43/2001	CFM	-	Favorável	Apresenta posicionamento do CFM a respeito do PL nº 4.901/2001, indicando necessidade de regulamentação da ECT por parte do CFM, visto que se trata de um ato médico que não deve ser regulamentado pela legislação
Resolução CFM Nº 1.640/2002	CFM	Revogada	Favorável	Normatiza a ECT estabelecendo as indicações e condições técnicas necessárias para sua aplicação
PL nº 2.611/2007	Pepe Vargas - PT/RS	Arquivada	Contrária	PL nº 4.901/2001 reapresentado, com o mesmo texto. Objetivo de regulamentar restritivamente o uso da ECT
PL nº 3.533/2008	Germano Bonow - DEM/RS	Arquivada	Favorável	Objetivo de incluir a ECT enquanto procedimento disponibilizado pelo SUS
Resolução CFM nº. 2.057/2013	CFM	Íntegra	Favorável	Consolida múltiplas resoluções do campo da Psiquiatria, regulamentando diversos procedimentos da área. Normatiza, também, a ECT, revogando a Resolução de 2002
Nota Técnica nº 11/2019	MS	Suspensa	Favorável	Esclarece alterações feitas na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas por documentos publicados desde 2017

Fonte: elaborado pela autora.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Critérios para aplicação

Desde seu início, a eletroconvulsoterapia passou por algumas modificações em sua aplicação. Com o avanço dos procedimentos médicos, e da consolidação do debate acerca dos direitos humanos de pessoas em sofrimento psíquico, a ECT alterou-se para se encaixar em novos padrões estabelecidos. Assim, aparecem ao longo dos documentos alguns destes critérios atuais, necessários para que se possa aplicar a técnica. Entre eles, o termo de consentimento informado, o uso de procedimentos anestésicos, e alguns exames e avaliações do quadro clínico do paciente. Por apresentarem características específicas, torna-se necessária uma discussão particular de cada um destes pontos.

4.1.1 Consentimento informado

O consentimento informado faz parte das modificações que ocorreram ao longo dos anos, e constituem a forma atual de se empregar a ECT. Os documentos analisados, com exceção do PL nº 3.533/2008 e da Nota Técnica nº 11/2019, afirmam sua importância e indispensabilidade no processo de aplicação da eletroconvulsoterapia.

O consentimento informado consiste em um documento que é assinado pelo paciente para a realização de algum processo diagnóstico ou terapêutico, depois de ter acesso a informações importantes sobre a situação. Tem em seu horizonte a garantia de autonomia do usuário sobre si mesmo, seu corpo. Esse procedimento passou a ser normatizado no Brasil a partir da década de 1980, através de um documento do Ministério da Saúde e outro do próprio CFM (MINOSSI, 2011).

As informações a serem passadas ao usuário, de forma escrita ou oral, deve levar em consideração seu contexto socioeconômico, seu repertório e sua compreensão acerca do tema (MINOSSI, 2011). Só é possível pensarmos em consentimento a uma forma de tratamento quando o usuário possui conhecimento satisfatório a respeito dos riscos e benefícios (ROSE et al., 2005).

Os PLs nº 4.901/2001 e 2.611/2007, que apresentam o mesmo texto,

estabelecem que o consentimento só se torna possível a partir do momento em que o paciente possui conhecimento acerca de seu prognóstico e dos efeitos colaterais do método. Essa explicitação não está presente nos outros documentos, que citam o consentimento esclarecido sem especificar que informações devem compô-lo.

No caso da ECT, se trata de uma técnica invasiva, que não tem seu mecanismo de ação conhecido, alvo de grandes controvérsias a respeito de sua eficácia, e que possui efeitos colaterais muito significativos. Essas informações devem ser passadas para as pessoas atendidas, para que exista a possibilidade de um consentimento informado, deliberado e consciente (BLEASE, 2012).

Porém, em estudo de revisão bibliográfica conduzido na Inglaterra em 2005, foi estabelecido que grande parte dos pacientes não consideram que receberam explicações suficientes a respeito da ECT antes de se submeter ao tratamento, desconhecendo pontos centrais da técnica. Além disso, mesmo quando fornecem o termo de consentimento informado, pessoas muitas vezes sentem que foram coagidas a isso, não tinham outra opção, ou não tinham realmente o direito de recusar o tratamento. Foram analisados estudos e relatos de pacientes realizados da década de 1970 até 2004, e ficou claro que esse aspecto da ECT não melhorou com o passar dos anos. As mesmas questões acerca do consentimento, informações recebidas e percepção de liberdade para tomar decisões, apareceram nos estudos independente do ano (ROSE et al., 2005).

A pesquisa citada foi realizada na Inglaterra e, portanto, não reflete necessariamente a realidade da população brasileira em relação à ECT. Contudo, traz elementos que permitem questionar o consentimento informado enquanto procedimento que realmente reflete o ato de consentir do usuário, e de que forma isso tem sido feito pelos médicos, no que diz respeito à eletroconvulsoterapia. É possível pensar, inclusive, que essa situação seja agravada no Brasil, diante das dificuldades e vulnerabilidades enfrentadas pela população no acesso aos serviços e no reconhecimento dos direitos.

Além do diálogo com o próprio paciente, os documentos analisados estabelecem que, caso seu quadro clínico impossibilite a obtenção do consentimento, torna-se necessária a autorização da família ou representante legal para aplicação da técnica. Assim, esse processo se estabelece ainda com outros indivíduos, tornando mais complexa a relação entre a ECT e aquele que a experiencia sem poder expressar seu consentimento ou recusa.

O termo de consentimento direciona-se à transformação da relação médico-paciente em algo menos hierárquico, o que é imprescindível para a garantia de direito à saúde alinhado à defesa dos direitos humanos, e aos conceitos de dignidade e cidadania (SILVA, 2012).

Em 2002, a Resolução nº 1.640 do CFM estabeleceu que, em situações em que o paciente, seus familiares ou responsáveis, não pudessem fornecer o consentimento, o próprio médico que iria indicar ou realizar a ECT se tornaria responsável por ela. Sua obrigação seria, então, informar o diretor técnico do local. Até a revogação do documento em 2013, o médico que indicasse a aplicação poderia, em certas circunstâncias, ser o único a ter que concordar e julgar como apropriado o uso do procedimento.

Dessa forma, quando inexistia a possibilidade de se obter o consentimento, o médico com interesse de aplicar a ECT poderia fazê-lo sem a necessidade de diálogo, autorização ou avaliação de outras partes. Poderia manter-se em uma posição em que o consentimento informado e o que ele representa na relação médico-paciente, principalmente em tratamentos invasivos como a ECT, perdem a significação.

A determinação da obrigatoriedade do consentimento informado, contudo, não exclui a importância da discussão e questionamentos referentes às práticas de saúde na esfera pública. Ainda que considerarmos esclarecimentos suficientes e condições para que teoricamente se obtenha um consentimento informado do paciente, a ideia de que isso seria uma escolha livre e individual de cada um não se dá de forma tão simples. A participação deve ocorrer de maneira mais ampliada, com debates envolvendo os usuários, familiares e afetados de modo geral. Para que se possibilite um consentir, informações, argumentações e discussões devem ser realizadas na esfera pública tanto quanto na privada, por se tratar de uma questão de direitos fundamentais de um grupo social (SILVA, 2012).

Portanto, considerando a ECT enquanto prática médica realizada no Brasil, a obrigatoriedade do termo de consentimento é indispensável e um avanço significativo em relação à proteção dos direitos de pessoas em sofrimento psíquico. Os documentos que regularizam a eletroconvulsoterapia estabelecem a necessidade de se obter o consentimento do paciente ou responsável legal para aplicação, o que pode caminhar em direção ao maior acesso a informações e maior participação no próprio tratamento. No entanto, não garante um processo real de consentir autônomo, tendo problemas em sua própria formulação em uma prática invasiva como a ECT, e não

retira a necessidade de discussão política acerca da técnica.

4.1.2 O uso de anestesia

Com exceção do PL nº 3.533/2008 e a Nota Técnica nº 11/2019, os documentos citam a obrigatoriedade e importância do uso prévio de anestesia para aplicação da ECT. Tanto os textos mais contrários quanto os mais favoráveis, reconhecem este critério em sua absoluta necessidade. Há consenso na área médica a respeito da necessidade de se utilizar anestesia para uso da técnica e, apesar de a informação já ser amplamente estabelecida, essa regularização só esteve presente no Brasil a partir de 2002. Dessa forma, temos apenas duas décadas com a obrigatoriedade da anestesia normatizada, uma história ainda muito recente.

O uso de anestesia é um dos avanços na ECT que, junto com outros procedimentos, busca garantir maior segurança aos usuários. A aplicação da ECT sem anestesia configura-se como um método de tortura, causando extrema dor e sofrimento ao paciente, tanto física como emocional. Além de sua ausência estar historicamente ligada a maiores casos de morte, fraturas e lesões - também pela associação atual a outras estratégias protetivas (SILVA, 2012).

Os procedimentos anestésicos modificam alguns efeitos colaterais do uso de correntes elétricas no cérebro, e a vivência que o usuário tem desta experiência. Porém, não modificam os efeitos centrais, as consequências do choque elétrico no corpo. Pode-se pensar, portanto, em mudanças superficiais, aparentes, que tornam o processo do eletrochoque mais aceitável, mas sem promover reais transformações nas consequências deste. Além disso, os pressupostos teóricos e a perspectiva a respeito da compreensão do que é o sofrimento, mantêm-se os mesmos (OLIVEIRA, 2019).

Com o uso de procedimentos anestésicos, torna-se necessário que se avalie a condição do paciente em relação aos riscos relacionados à própria anestesia, visto que por vezes se afirma que a taxa de mortalidade da ECT está relacionada à de outros procedimentos com anestesia geral (JOSÉ; CRUZ, 2019).

A partir da Resolução nº 2.057/2013, se estabelece que o ambiente em que a ECT será aplicada deve possuir infraestrutura apropriada para os procedimentos anestésicos. É o único documento que marca, além deste critério, as condições para

que ele seja alcançado. Dessa forma, com a aplicação apropriada assegurada, os riscos referentes à anestesia se mantêm minimizados.

Assim, a aplicação de ECT tendo como obrigatório o uso de procedimentos anestésicos, foi uma importante conquista para os usuários, alterando o caráter de extrema dor existente. Isso atinge diretamente o uso da técnica como método de tortura física e ameaça, antes tão corriqueiros.

Porém, a ausência de dor durante o procedimento não altera os efeitos da passagem de correntes elétricas pelo corpo, mantendo-se certos efeitos colaterais. Também não se alteram as compreensões teóricas que norteiam a prática, sendo impossível desvincular a ECT de sua história profundamente marcada pelo sofrimento e violência, mesmo que atualmente a anestesia garanta ausência da dor física.

4.1.3 Exames e avaliações físicas

Outros critérios com caráter protetivo para o usuário são citados nos documentos, buscando garantir maior segurança e preservação de sua saúde física. Incluem a avaliação do quadro clínico de forma geral, com ênfase nas condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas, nas Resoluções do CFM de 2002 e 2013.

O exame físico do paciente tem como objetivo evitar complicações decorrentes da aplicação da ECT, garantindo o conhecimento do médico a respeito de riscos, para que sejam levados em consideração na indicação ou não da técnica. São inúmeros os exames indicados a serem feitos antes do uso da ECT, referentes tanto aos seus próprios efeitos, como aos medicamentos utilizados (JOSÉ; CRUZ, 2019).

Terapias convulsivantes, principalmente em seu início, foram amplamente utilizadas em pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, que não apresentavam as condições físicas necessárias para tanto. Muitas permaneciam nos hospitais por anos, enfrentando violências e violações de direitos que deixavam-nas extremamente vulneráveis também fisicamente. Assim, os supostos tratamentos acarretavam em diversas mortes por serem frequentemente aplicados em pessoas já fragilizadas pela própria internação. Os riscos aumentavam e condições pré-existentes se agravavam (TALEROW, 2011).

Além dos exames antecedentes à aplicação da ECT, os documentos trazem

outras medidas para a preservação da integridade do usuário. Os PLs nº 4.901/2001 e nº 2.611/2007, explicitam em seu texto a obrigatoriedade de monitoramento e proteções físicas durante a aplicação, como a proteção da arcada dentária. A presença do médico também é posta como necessária até que os sinais vitais do paciente se estabilizem. Expressa-se a necessidade de se prestar a atenção devida aos riscos da ECT, mesmo quando exames preliminares indicam que o paciente possui condições para se submeter ao método.

Os documentos, então, determinam condutas para proteger a integridade física do usuário durante a aplicação da ECT. Pode-se considerar um avanço importante, por garantir que os riscos presentes se limitem àqueles inerentes à prática, não estando somados a outras condições físicas do usuário que o tornem mais vulnerável à ECT. Porém, isso só se tornou possível a partir das lutas de movimentos sociais em defesa de direitos dos usuários da saúde mental, que além de denunciarem o caráter violento da técnica, denunciavam também os profundos adoecimentos originados em hospitais psiquiátricos. Há uma contradição, portanto, em reconhecermos o avanço de uma medida protetiva na ECT, que busca legitimar seu uso, alcançada justamente a partir de movimentos que reivindicam o fim de sua aplicação.

4.2 A ECT enquanto procedimento médico

A exclusividade do profissional médico sobre a prática da ECT é reafirmada ao longo dos documentos. Enquanto ato médico, as Resoluções do CFM definem que apenas este profissional pode indicar, realizar e acompanhar a ECT, sendo responsabilidade exclusiva dele.

Os Projetos de Lei apresentados em 2001 e 2007 buscavam estabelecer a participação de outro profissional no processo de tomada de decisão a respeito do uso da técnica. Seria necessário, para aplicação do método, que outro profissional de nível superior da área da saúde mental emitisse um parecer de acordo com a indicação. Assim, ainda que, por se tratar de um procedimento psiquiátrico, a realização em si fosse de responsabilidade médica, sua indicação passaria por pelo menos um outro profissional de uma equipe de saúde mental.

Entende-se que os projetos terapêuticos devem ser resultado de discussões entre profissionais, de maneira interdisciplinar, envolvendo outros saberes para além

da Psiquiatria. As decisões acerca dos tratamentos que compõem o projeto terapêutico de cada um, não devem estar centralizadas no profissional de medicina. Apesar de a ECT se caracterizar enquanto ato médico, envolve outros aspectos, mais abrangentes, que torna a discussão interdisciplinar cada vez mais importante (OLIVEIRA, 2019).

A tentativa dos PLs de incluir a ECT em uma lógica interdisciplinar para sua indicação não teve continuidade nos documentos publicados posteriormente. O Parecer nº 43/2001 do CFM enfatiza a questão ética implicada nesse processo, em relação à responsabilização de profissionais em casos de danos ao paciente. A Resolução nº 2.057/2013, atualmente vigente, reafirma a ECT enquanto técnica unicamente de responsabilidade médica, desde sua indicação até a aplicação.

A constante ênfase na exclusividade do profissional de medicina feita pelo órgão de classe nos documentos, expressa um posicionamento sustentado pelo modelo biomédico. Assume uma superioridade e centralização de poder no psiquiatra dentro de uma equipe de saúde mental, considerando que a discussão acerca dos tratamentos disponíveis e o que se faz apropriado em cada caso deve concentrar-se apenas na figura do médico. Não reflete um olhar integral à saúde, com valorização de outros saberes, inclusive do próprio usuário, sobre os processos de sofrimento.

Além disso, o Parecer nº 43/2001 contesta diretamente a possibilidade de a ECT ser regulada através de uma legislação, como propõe o PL ao qual ele se refere, nº 4901/2001. Reiterando a definição da técnica enquanto ato médico, afirma que sua regulação cabe apenas ao próprio CFM, único órgão capaz de estabelecer diretrizes e definir critérios para aplicação de procedimentos médicos no país. Defende-se, então, a exclusividade do CFM na normatização da ECT, e no que diz respeito às possíveis mudanças acerca da prática. O órgão, contudo, possui posicionamentos explicitamente favoráveis à técnica, como será demonstrado posteriormente neste trabalho. Expressa o objetivo de limitar a discussão acerca da ECT ao próprio CFM.

Porém, a partir da compreensão de seu papel na história da Psiquiatria, a ECT extrapola sua definição enquanto ato médico, configurando-se enquanto ato social. O que era uma ferramenta terapêutica ou tratamento, passa a ser visto também enquanto uma ferramenta de violência e opressão. Assim, sua definição enquanto procedimento médico não exclui a necessidade de discussão em outras áreas sobre sua prática, já que possui outras dimensões além da técnica (OLIVEIRA, 2019). Portanto, os debates acerca da regulamentação, as possibilidades de aplicação, suas

consequências, e compreensões acerca da ECT, não devem ter fim no CFM ou profissionais de medicina.

4.3 Definições, defesas e críticas

Todos os documentos analisados partem do pressuposto de que a ECT deve ser utilizada - seja de forma mais limitada, ou de forma mais ampla. As justificativas para este posicionamento, quando não colocadas de forma explícita nos textos, estão postas na construção dos documentos e no que é estabelecido por eles.

O CFM manteve-se, ao longo dos anos, alinhado a uma perspectiva de aceitação da técnica sem questionamentos significativos, a partir da defesa de uma aplicação mais segura com os métodos protetivos mencionados anteriormente. O órgão define diretamente a ECT enquanto um “método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito”, em sua Resolução nº 1.640 de 2002.

Caracterizar este método enquanto eficaz, significa partir do pressuposto de que a ECT atua diretamente na remissão de sintomas dos pacientes. Porém, as evidências produzidas que sustentam esta afirmação partem de estudos com graves falhas metodológicas, que fracassam em estabelecer uma real vantagem da ECT sobre a ECT simulada. Ou seja, estudos que buscavam distinguir o efeito da ECT em relação ao placebo, não chegaram a conclusões favoráveis à técnica (READ; KIRSCH; MCGRATH, 2020).

Considerando pesquisas que relatam a eficácia da ECT em relação à melhora dos sintomas, não são apresentadas evidências de que os benefícios do método se estendam para um período posterior à aplicação. Se reduzem a um curto prazo, possivelmente ancorados em um efeito placebo experienciado pelo usuário, mas também atrelado à visão do próprio médico sobre os parâmetros de melhora existentes (READ; BENTALL, 2010).

Dessa forma, a descrição da ECT enquanto tratamento eficaz se baseia em convicções pouco ancoradas nas evidências concretas trazidas pelas pesquisas, quando analisadas de forma rigorosa. Trata-se de uma afirmação carregada a décadas, tida como verdade, mas que quando questionada possui falhas severas em sua constituição.

Além de eficaz, o CFM define a ECT também enquanto método seguro, o que também não se sustenta após avaliação dos riscos existentes. Apesar da adoção de

medidas como o uso de procedimentos anestésicos, uso de relaxantes musculares, e avaliação do estado clínico do paciente, a aplicação da ECT ainda não pode ser vista como livre dos riscos extensamente denunciados. Os efeitos colaterais graves permanecem atrelados à prática.

Os efeitos mais comumente descritos são relacionados à memória - a amnésia anterógrada e retrógrada. Apesar de sua forma mais frequente ser passageira e reversível, há a possibilidade de se conviver com tais consequências de forma permanente (READ; KIRSCH; MCGRATH, 2020). As alterações na memória muitas vezes são descritas como desimportantes, inclusive no Parecer nº 43/2001, que afirma que “os efeitos da ECT sobre a memória são transitórios, reversíveis e mínimos quando comparados aos benefícios trazidos aos pacientes”.

Entretanto, tais efeitos podem ter impactos significativos, causando grande sofrimento para aqueles que os experienciam, afetando diretamente a percepção de sua identidade. Caracterizar as alterações na memória como um efeito “mínimo”, se opõe à percepção das próprias pessoas que lidam com esta consequência. (FISHER, 2012).

Outro risco existente, não eliminado pelas modernizações da prática, é o da mortalidade. Os estudos mais otimistas citam uma taxa próxima de 1 por 10.000 pacientes, similar à dos procedimentos anestésicos de forma geral. Torna-se necessário destacar que uma pessoa durante o tratamento é submetida a diversas aplicações de ECT, ou seja, diversos procedimentos anestésicos, aumentando o risco para cada pessoa. Porém, pesquisas já apresentaram taxas de mortalidade significativamente superiores à esta, amplamente divulgada por diversos órgãos psiquiátricos, sem evidências o suficiente para sustentá-la (READ; BENTALL, 2010).

Por fim, a ECT também está definida na Resolução nº 1.640/2002 do CFM, como um método internacionalmente reconhecido e aceito. Apesar de, hegemonicamente, se tratar de uma técnica amplamente utilizada e regularizada em diversos países, a comunidade científica não se posiciona de maneira unânime. Diversos pesquisadores têm apontado as problemáticas da ECT e as falhas que constituem a construção teórica que fundamenta seu uso. Os saberes científicos se transformam também em relação com o contexto socioeconômico e político em que estão inseridos (OLIVEIRA, 2019).

A produção de conhecimento no campo da saúde mental se transformou ao longo da história. Reflete e se constrói a partir de sua época. A ideia de um saber

supostamente neutro, que se comprova objetiva e empiricamente, desconexo de posicionamentos políticos, é inviável. Tratamentos psiquiátricos se desenvolvem fundamentados em certas concepções teóricas a respeito do campo em que se atua, do papel que ocupa, da compreensão que se tem sobre a loucura. A ECT surge em um contexto em que as terapias biológicas eram amplamente aceitas e difundidas, atendendo às necessidades da medicina organicista predominante, que aplicava tais métodos nos hospitais psiquiátricos.

O CFM assume um discurso que busca colocar a ECT em um campo puramente técnico, esquivando-se de sua história e debate ético. O que falha em reconhecer é que, mesmo por este viés, a ECT é também duramente criticada pela comunidade científica em relação à produção de evidências sobre sua eficácia, dentro dos parâmetros psiquiátricos.

Os PLs nº 4.901/2001 e nº 2.611/2007 citam em seu texto de justificativa algumas controvérsias sobre o uso, incluindo a gravidade dos efeitos colaterais e sua história de abusos e violências. Porém, mesmo identificando diversas problemáticas a respeito do método, os textos ainda reconhecem a possibilidade do uso da ECT, como em casos em que o paciente se mostra resistente a tratamentos medicamentosos. Buscavam restringir o uso a situações em que não há possibilidade de se tentar outras terapêuticas, e estando o paciente em risco de vida.

Tais posicionamentos, mais contrários à prática, são diretamente criticados pelo Parecer do CFM nº 43/2001. Define a ECT enquanto uma “técnica sabidamente excepcional para o tratamento de inúmeras moléstias que acometem a conduta e a mente humanas”. A ECT é posta como um dos melhores tratamentos psiquiátricos hoje disponíveis. Enquanto texto que motivou a publicação da Resolução no ano seguinte para regulamentar a prática, apresenta os mesmos posicionamentos e, conseqüentemente, as mesmas problemáticas. O método é entendido enquanto eficaz, novamente na perspectiva de melhora de sintomas, não explicitamente estabelecidos.

Esta concepção a respeito do que caracteriza um tratamento, voltada apenas para uma eventual eliminação de sintomas, está atrelada a uma compreensão de loucura enquanto fenômeno orgânico. Vista como uma doença, que existe por si mesma, não necessariamente ligada à construção histórico-política estabelecida ao redor do sofrimento. O referencial epistemológico que sustenta a defesa da prática da ECT, portanto, engloba uma visão biologicista sobre a loucura (SILVA; CALDAS,

2008).

A técnica baseia-se em uma ênfase na dimensão orgânico-cerebral do indivíduo, tendo como objetivo agir unicamente sobre seu corpo biológico. A compreensão da loucura, então, está atrelada à ideia de um funcionamento ruim do corpo. Foi também a partir destes pressupostos teóricos que se desenvolveu o modelo manicomial de assistência (SILVA; CALDAS, 2008).

A relação entre a ECT e este modelo, se explicita com a Nota Técnica nº 11/2019. Além de defender o uso do método enquanto tratamento efetivo e de alta qualidade, o documento apresenta outros componentes que consolidam uma mudança no discurso governamental sobre a saúde mental. Esclarece a posição que, desde 2015, já vinha se estabelecendo em âmbitos oficiais - a volta do modelo manicomial nas ações do MS (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019).

Afirma uma perspectiva em que serviços não são mais vistos como substitutos de outros, ou seja, não há mais a intenção de fechamento de hospitais psiquiátricos. Como resultado de diversas Resoluções e Portarias publicadas desde 2017, a Nota Técnica traz em seu texto a volta dos hospitais como eixo central da Política de Saúde Mental, enquanto integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, marca o incentivo às comunidades terapêuticas, a reprovação da perspectiva de redução de danos, e um destaque para internação de crianças e adolescentes.

Assim, a Nota Técnica nº 11/2019 se caracteriza enquanto um documento decorrente de várias alterações feitas na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. O posicionamento é apresentado em direta oposição à construção histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira, seu princípio de democratização e importância do controle social em seu processo de consolidação. O documento reafirma o hospital psiquiátrico como parte da RAPS e indica financiamento de serviços privados. São duas medidas que tornam claros os ataques aos princípios da Reforma Psiquiátrica e a defesa de um modelo manicomial e privatizante (NUNES *et al.*, 2019).

O apoio ao financiamento da compra de aparelhos de ECT e sua defesa enquanto tratamento exemplar, portanto, não ocorrem de forma isolada no documento. Ao contrário das PLs e Resoluções analisadas, que tinham como objetivo regulamentar diretamente a prática da ECT, a Nota Técnica de 2019 representa uma mudança nos posicionamentos governamentais acerca das políticas de saúde mental. Consolida e explicita um discurso manicomial, com diversas medidas, sendo o

incentivo à ECT apenas mais uma delas.

Desse modo, associar a ECT a uma perspectiva biologizante, hospitalocêntrica e privatizante da saúde, não se dá apenas a partir de uma análise teórica dos fundamentos epistemológicos que sustentam seu uso. Observa-se essa relação também no discurso apresentado, no que é defendido e permitido nos âmbitos legais, na compreensão do sofrimento e sua assistência. A defesa e aplicação de terapias biológicas, como a ECT, está historicamente associada a um modelo de atenção manicomial e, na prática, caminham juntos.

A apresentação do PL nº 4901/2001, que buscava restringir o uso da ECT, se dá em um momento de consolidação da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo. Em 2001, meses antes, foi aprovada a Lei 10.216, que partia da perspectiva de defesa dos direitos daqueles em sofrimento psíquico, estabelecendo diretrizes de cuidado de base comunitária.

Assim, o documento analisado reflete o contexto social, econômico e político dentro do qual foi produzido. A apresentação de um Projeto de Lei que pretendia limitar a aplicação da ECT a situações específicas, e que traz em sua justificativa um horizonte de proibição da prática, só se torna possível a partir de um contexto que possibilita a discussão acerca das concepções de loucura e cuidado. É retirado o foco sobre o hospital enquanto instituição máxima de tratamento, com o estabelecimento de serviços territoriais, de atenção integral, que olham para o sujeito em sofrimento como sujeito de direitos. Outros campos do saber, para além da psiquiatria, ocupam lugar central na elaboração de projetos terapêuticos, com o entendimento de que o sofrimento não é composto apenas por uma dimensão biológica.

É possível pensar, naquele momento, em conjunto com todas as outras mudanças na assistência, nos campos jurídico-político e culturais, que os tratamentos psiquiátricos devem se transformar. A partir de uma regulamentação e restrição, o PL nº 4.901/2001 buscava, também, transformar aplicações da ECT que se davam em forma de abuso, violência, tortura e controle.

Apesar de não ter sido aprovado, o PL oficializou o debate político acerca da ECT no campo legislativo, e tensionou a discussão de forma a levar o CFM a regulamentar a prática no ano seguinte. A Resolução nº 1.640/2002 afirma, então, uma posição do órgão de defesa à ECT e apoio à prática, dadas as condições técnicas para que seja aplicada. Após 5 anos o texto do PL, mais contrário à técnica, é reapresentado, ainda em contexto de ampliação e fortalecimento da RAPS. É

apensado a ele o PL nº 3.533/2008, que define a ECT enquanto técnica eficaz e segura, citando diversas indicações ao uso. Os posicionamentos contrários estão, portanto, sempre em disputa.

A partir de então, o discurso psiquiátrico hospitalocêntrico biologizante ganha força, o que se manifesta nas normatizações e documentações publicadas. A ECT surge como mais um elemento dentre vários outros que representam o retrocesso no campo da saúde mental, integrando um documento que consolida ameaças tecidas à Reforma Psiquiátrica brasileira nos últimos anos.

Desse modo, elucida-se que a ECT não pode ser analisada enquanto prática puramente técnica descolada de seu contexto político e social, ou das concepções que a originam e sustentam. A forma com que é apresentada nos documentos analisados está profundamente ligada aos modelos de assistência e compreensões a respeito do sofrimento psíquico. Sua defesa não se dá de forma isolada - perpassa a defesa de uma assistência manicomial.

Nenhuma das alterações técnicas, que propiciem uma aplicação mais segura e tolerável para o usuário, é capaz de alterar o campo epistemológico que acompanha e fundamenta a ECT. Sua defesa e incentivo presentes nos documentos, se dá enquanto componente de um discurso manicomial, biologizante, que possibilitou e sustentou práticas de exclusão e violência ao longo da história.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos documentos, evidencia-se a ECT enquanto uma técnica em campo de disputa. A partir do avanço e consolidação, inclusive no campo legislativo, da Reforma Psiquiátrica brasileira, a restrição do uso da ECT aparece enquanto possibilidade no país. Porém, nunca é aprovada, e como resposta há uma defesa categórica da técnica nos posicionamentos do CFM, enquanto órgão apto a fiscalizar e normatizar a prática médica.

Apesar da defesa à ECT ser realizada com suposto respaldo científico, evidenciam-se inúmeras falhas no processo de constituição e fundamentação teórica deste método. As evidências utilizadas para reafirmar sua eficácia técnica, são produzidas de forma inadequada e insuficiente. Contudo, é regulamentada a partir de uma perspectiva que a considera um tratamento legítimo, eficaz e seguro.

Apresentam-se dois documentos com posição mais contrária à ECT: os PLs nº 4.901/2001 e nº 2.611/2007. Todos os outros ignoram ou se opõem diretamente a qualquer questionamento, controvérsia ou crítica ao uso da técnica. Assim, a posição expressa no documento que regulariza a ECT atualmente no Brasil, é permissiva e favorável à sua aplicação.

Ainda que um campo em disputa, os posicionamentos em defesa à ECT são muito mais categóricos e aceitos dentre os documentos. Os PLs críticos ao método nunca chegaram a ser aprovados, ou seja, apenas aqueles que contêm em seu texto a defesa da ECT, encontraram base o suficiente para exercerem seu papel normatizador.

Além disso, até os documentos mais contrários ainda assumem uma posição em que a aplicação da ECT é permitida. A proibição da técnica aparece apenas como um objetivo último, futuro, mas ainda distante. Ou seja, mesmo os posicionamentos mais críticos explicitados, não podem ser entendidos como completamente contrários à ECT, mantendo uma aceitação do seu uso. Há, portanto, um lado muito mais forte nessa disputa. O caminho a ser percorrido ainda é longo.

A possibilidade de proibição do uso da técnica nunca existiu de forma concreta, sendo um horizonte capaz de guiar nossas ações, mas que não aparece em momento algum nas regularizações ou legislações sobre a ECT. Inclui-se em um campo mais amplo, o das políticas de saúde mental de forma geral. As alterações neste âmbito se dão de forma complexa, articuladas com a conjuntura política do país englobando o

projeto de saúde defendido. Assim, a ECT é um tópico dentre tantos outros que necessitam de atenção neste momento. Sua proibição ou incentivo se dá de forma relacional aos outros aspectos da saúde pública.

Compreende-se que a ECT está intrinsecamente ligada a um modelo de atenção manicomial, que adoece, violenta e produz mais sofrimento. A oposição aos hospitais psiquiátricos enquanto instituições de cuidado, já muito bem estabelecida, se estende à ECT. A técnica, diante do que foi apresentado, não pode ser definida enquanto tratamento. A discussão extrapola uma dimensão técnica, configurando-se também a partir do campo ético, político, jurídico, histórico e sociocultural.

As modificações em relação à aplicação, que teoricamente levaram a uma humanização da ECT, não excluem uma longa história de dor, opressão e tortura. Alterar seu nome, chamando-a de eletroconvulsoterapia, ao invés de eletrochoque, não apaga a história carregada por esta palavra. Mantém-se o eletrochoque, e mantém-se a necessidade de nos posicionarmos de forma completamente contrária à sua prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. *In*: Amarante, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-84

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Estratégias e Dimensões do Campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. *In*: **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 61-81

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun., 2018.

BLEASE, Charlotte Rosalind. Electroconvulsive therapy, the placebo effect and informed consent. **J Med Ethics**, p. 1–5, out. 2012.

BREEDING, John. Electroshock: On How and Why It Lingers on Long After Insulin Coma Shock and Lobotomy Are Gone. **Ethical Human Psychology and Psychiatry**, Nova York, v. 18, n. 1, p. 58-73, 2016.

CARDOSO, Antonio *et al.* Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 57-63, mar., 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.057, de 12 de novembro de 2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1, p. 165-71.

COSTA JÚNIOR, Francisco da; MEDEIROS, Marcelo. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. **Psicologia USP**, v. 18, n. 1, p. 57-82, mar., 2007.

CRUZ, Nelson; GONÇALVES, Renata; DELGADO, Pedro. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

FIGUEIRÊDO, Mariana; DELEVATI, Dalnei; TAVARES, Marcelo. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS**, v. 2, n. 2, p. 121–136, nov., 2014.

FISHER, Paul. Psychological factors related to the experience of and reaction to electroconvulsive therapy. **Journal of Mental Health**, v. 21, n. 6, p. 589–599, 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29, mai.-jun., 1995.

GUIMARÃES, Juliana Cabral da Silva *et al.* Eletroconvulsoterapia: construção histórica do cuidado de Enfermagem (1989-2002). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2743-2750, 2018.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. Evolução histórica do conceito de loucura e de louco. **Acta Paul Enferma.**, v. 3, n. 4, p. 129-136, dez., 1990.

JOSÉ, Bruno Braga; CRUZ, Marlene Cabral Coimbra da. Eletroconvulsoterapia como prática psiquiátrica: revisão de literatura. **Archive of Health Investigation**, v. 8, n. 10, p. 628-633, out., 2019.

KRIPKA, Rosana; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD Bogotá – Colombia**, v. 14, n. 2, jul.-dez., 2015.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. Técnicas De Análise Do Material Qualitativo. In: O Desafio Do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSER, Carolina Meira; LOBATO, Maria Inês; BELMONTE-DE-ABREU, Paulo. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 302-310, dez.. 2005.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al* . Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4489-4498, dez. 2019.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Eletroconvulsoterapia (Ect) / Eletrochoque: A Produção De Evidências Sobre Seu Uso, Eficácia E Eficiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.11, n.28, p.46-68, jun., 2019.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro: Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-58, maio.-ago., 2004.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.

READ, John; KIRSCH, Irving; McGRATH, Laura. Electroconvulsive Therapy for depression: A Review of the quality of ECT vs sham ECT trials and meta-analyses. **Ethical Human Psychology and Psychiatry**, v. 21, n. 2., p. 64-103, 2020.

REISNER, Andrew. The Electroconvulsive Therapy Controversy: Evidence and Ethics. **Neuropsychology Review**, v. 13, n. 4, p. 199-219, dez., 2003.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson. (org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petropolis: Vozes. 1987. p. 15-69.

ROSE, Diana *et al.* Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. **BMJ**, v. 326, n. 7403, jun., 2003.

SALLEH, Mohamed Abou *et al.* Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da associação mundial de psiquiatria. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 262-267, 2006.

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. O Eletrochoque No Tratamento Das Doenças Mentais. **Revista de medicina**. Novembro, 1941.

SILVA, Janaína Penalva. Eletroconvulsoterapia, não. Eletrochoque. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 35-54, mar./ago., 2012.

SILVA, Maura Lima Bezerra; CALDAS, Marcus Tulio. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 2, p. 344-361, 2008.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul.-ago., 2005.

TALEROW, Gustavo Querodia. **Entre febres, comas e convulsões: as terapias biológicas no Hospital do Juquery administrado por Pacheco e Silva (1923-1927)**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 3, p. 489-495, nov., 2004.