

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Juizado Especial

**COMARCA:** Bocaiuva

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0008194

**IDADE:** 39 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** F32

**PEDIDO DA AÇÃO:** Continuidade de tratamento de transtorno depressivo recorrente refratário, com eletroconvulsoterapia (ECT).

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como alternativa terapêutica complementar específica para tratamento de transtorno depressivo.

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

O tratamento denominado Eletroconvulsoterapia (ECT) possui pertinência e/ou corresponde ao tratamento da doença “CID10 F32” (transtorno depressivo)? **R.: Sim. A eletroconvulsoterapia é considerada recurso terapêutico eficaz e seguro, desde que tenha indicação e realização precisas.**

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma nota técnica (Nº11/2019), que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde, descrevendo a necessidade de oferecer a eletroconvulsoterapia como um tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais graves refratários a outras abordagens terapêuticas. Também informa que o aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para esta população específica.<sup>15</sup>

Numa análise de custo efetividade realizada em 2018, a ECT foi custo efetiva após a falha da 2ª linha de tratamento farmacológico. Mesmo que usada mais tarde no tratamento da depressão, a ECT ainda seria custo efetiva, pois pacientes na 3ª linha de tratamento farmacológico

**apresentam baixo índice de resposta e têm maior probabilidade de recaída.<sup>16</sup>**

Os procedimentos, tratamentos e materiais solicitados pelo médico de confiança da autora são necessários e efetivos ao tratamento da doença que a acomete? **R.: Sim. Considerando os elementos técnicos apresentados, a indicação da realização da eletroconvulsoterapia para a paciente em tela, está em conformidade com as diretrizes técnicas atuais. Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.**

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de transtorno depressivo grave há longa data, evoluindo com crises depressivas recorrentes com características mistas.

Consta que foi iniciado acompanhamento com a médica prescritora a partir de 14/11/2024, e que à admissão a paciente encontrava-se em tratamento farmacológico otimizado (Divalcon® ER (divalproato de sódio 500 mg) 0 0 2, Carbolitium® (carbonato de lítio 300 mg) 0 0 3, Olanzapina 0 0 1, Neozine® (maleato de levomopremazina 25 mg) 0 0 2, Alprazolam 0 0 2, Parnate® (tranilcipromina 10 mg) 1 1 0; porém, sem alcançar resposta satisfatória, manifestando ideação suicida com planejamento.

Conforme relatório datado de 07/05/2025, consta que o tratamento farmacológico foi modificado, sendo prescrito o uso de Divalcon® ER 500 mg 0 0 2, Carbolitium® 300 mg 0 0 3, Pinazan® (clozapina 100 mg) 0 0 3+1/2, Alprazolam 2 mg 0 0 1 e Zargus® (risperidona 1 mg) 0 0 1. e que dada a refratariedade e risco de vida, foi instituído tratamento com o uso de eletroconvulsoterapia (ECT), a princípio 30 sessões.

Em relatório datado de 10/07/2025 consta que considerando a resposta / melhora alcançada, com a instituição da eletroconvulsoterapia (melhora do humor, energia e disposição física), foi indicada a manutenção do tratamento com ECT, a princípio com mais 12 sessões, para alcançar maior estabilidade até a alta médica.

**A refratariedade** ou a presença de eventos adversos decorrentes dos

psicofármacos, a presença de sintomatologia grave (sintomas psicóticos, catatonia, risco de suicídio), entre outros, constituem-se em fortes argumentos para a indicação da ECT.

É importante esclarecer que para se afirmar “*situação de refratariedade, ou seja, não resposta ou resposta insuficiente a pelo menos 2 (dois) esquemas medicamentosos antidepressivos em doses adequadas por um período mínimo de 6 (seis) semanas*”.<sup>6</sup>

Na prática clínica e na pesquisa, os transtornos depressivos são frequentemente diagnosticados pelos critérios definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria. Na quinta edição do Manual (DSM-5), os transtornos depressivos incluem: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.<sup>15</sup>

Diversas modalidades terapêuticas possuem evidências de eficácia no tratamento do transtorno depressivo maior. As principais são: intervenções comportamentais / estratégias de autocuidado (exemplos: dieta, atividade física, interrupção do tabagismo ou consumo de álcool e meditação), psicoterapia, medicamentos antidepressivos, outras farmacoterapias, tais como antipsicóticos e hormônio tireoidiano, e a eletroconvulsoterapia (ECT).<sup>15</sup>

A escolha do tratamento é usualmente norteada pela gravidade da doença, sendo a psicoterapia, associada ou não ao uso de medicamentos antidepressivos, mais indicada nos casos leves a moderados. Para casos graves ou resistentes deve-se considerar outras intervenções, tais como: hospitalização, uso de tranquilizantes e a ECT. Para avaliação de gravidade dos sintomas nos estudos clínicos, usualmente são utilizadas escalas de depressão, como a Escala de Hamilton (HAM), Montgomery-Åsberg Depression Scale (MADRS) ou Beck.

Na escala de Hamilton (HAM) o escore varia de 0 a 50:

- 0 a 7 – ausência de depressão
- 8 a 17 – depressão leve
- 18 a 24 – depressão moderada
- Acima de 25 – depressão grave.<sup>18</sup>

A escala de avaliação de Montgomery & Åsberg (MADRS), é composta de 10 itens (menor que a HAM – D); contém todos os sintomas principais da depressão, tendo alta validade aparente (face validy). Designada inicialmente para medir efeito de tratamento, mais sensível em variações sutis e precoces, e não apresenta sintomas contraditórios; seu uso pode ser mais abrangente e sensível.<sup>18</sup>

O Inventário Beck de Depressão (BDI), foi elaborado pelo psiquiatra americano Aaron Beck. É um questionário de autorrelato usado para avaliar a gravidade da depressão em adultos e adolescentes. Ele consiste em 21 itens que abordam diferentes aspectos dos sintomas depressivos, como tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, auto aversão, indecisão e dificuldade para trabalhar. Cada item é avaliado em uma escala de 0 a 3, onde 0 indica ausência do sintoma e 3 indica a forma mais grave.

Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos. A soma das pontuações dos itens do inventário resulta em um escore total que pode indicar depressão leve, moderada ou grave. Valores de 0-9 indicam que o indivíduo não apresenta depressão, valores de 10-18 indicam depressão leve a moderada, valores de 19-29 indicam depressão moderada a severa, e valores entre 30-63 indicam depressão severa.

O BDI-II é um instrumento psicométrico relevante, apresentando alta confiabilidade, capacidade de discriminar entre indivíduos deprimidos e não deprimidos e validade concorrente, de conteúdo e estrutural aprimoradas. Com base nas evidências psicométricas disponíveis, o BDI-II pode ser considerado um questionário custo-efetivo para mensurar a gravidade da depressão, com ampla aplicabilidade para pesquisa e prática clínica em todo o mundo.<sup>20</sup>

No entanto, na prática clínica ainda não há uma utilização sistemática de

escalas padronizadas tornando mais complexa a decisão do manejo clínico do paciente com depressão.<sup>15</sup>

O objetivo do tratamento da depressão é atingir três estados inter-relacionados: recuperação, remissão ou resposta. A remissão da depressão é conceituada como um retorno a um estado de funcionalidade normal e sintomas mínimos. A recuperação é definida como dois meses de remissão e está intimamente associada à melhora da funcionalidade do indivíduo e da qualidade de vida sendo, portanto, considerada o objetivo final do tratamento.

A resposta é definida objetivamente como uma redução nos sintomas de 50% da linha de base. No entanto, os próprios pacientes podem considerar a redução dos sintomas menos importantes do que melhorias em alguns aspectos como otimismo e autoconfiança.<sup>15</sup>

Neuromodulação: As terapias de estimulação cerebral podem ser divididas em três metodologias principais: invasivas (estimulação cerebral profunda, estimulação do nervo vago), não invasivas que geram crises convulsivas e não invasivas que não geram crises convulsivas.

A **eletroconvulsoterapia (ECT)** é uma técnica não invasiva de neuromodulação que induz uma breve convulsão cerebral generalizada e controlada. É aplicada sob anestesia/sedação, por meio de eletrodos, que podem ser posicionados basicamente de três formas: posicionamento bitemporal, bifrontal e unilateral à direita ou posição d'Ellia. É o tratamento somático mais antigo dentre os ainda utilizados na prática psiquiátrica atual e também o mais controverso. As técnicas de neuromodulação têm sido cada vez mais utilizadas no campo da psiquiatria.

Embora os reais mecanismos de ação da ECT não são ainda bem estabelecidos, não há dúvidas sobre sua eficácia e segurança. Existem diversas hipóteses, algumas têm sido mais estudadas, principalmente aquelas relacionadas às novas hipóteses fisiopatogênicas da depressão. Acredita-se que a terapia eletroconvulsiva atue sobre vários mecanismos cerebrais (neurofisiológicos, neuroendócrinos e neuroplásticos).

Historicamente a primeira sessão de ECT ocorreu oficialmente em 20 de

abril de 1938, quando sob os cuidados dos médicos Ugo Cerletti e Lúcio Bini, um paciente com diagnóstico de psicose alcançou remissão após aplicação de 11 ciclos de ECT.

A partir deste momento deu-se o início ao uso da ECT como opção de terapia eficaz para o tratamento de vários transtornos psiquiátricos. Entre a década de 40 a 60, a técnica difundiu-se para o mundo, inclusive para o Brasil. No entanto, a descoberta dos psicofármacos a partir da década de 60, associada à resistência que a técnica carregou e ainda carrega, gerou declínio significativo no uso da ECT durante certo período de tempo.

O aprimoramento da técnica e os diversos estudos que vieram confirmando sua eficácia, reacenderam o interesse clínico por ela. O interesse foi renovado a partir dos estudos realizados, que estabeleceram as bases científicas para o seu uso e a padronização da técnica, que minimizou as complicações.

Diversas entidades internacionais como a *American Psychiatric Association (APA)*, a *World Psychiatric Association (WPA)*, e o *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* e outras, consideram a ECT, dentre as técnicas de neuromodulação, uma técnica incisiva, eficaz e segura para a abordagem de quadros graves. As evidências não demonstram associação da ECT com lesão estrutural cerebral em humanos. Os estudos realizados encontraram taxas de resposta / eficácia global em torno de 80% para a depressão maior tratada primariamente com ECT.

Desde a sua criação, a técnica de ECT vem passando por vários aperfeiçoamentos técnicos. Inúmeros avanços técnicos e científicos foram incorporados à ECT. Nos dias atuais a prática da ECT pouco se assemelha aos procedimentos iniciais de meados do século passado, devendo ser considerada como opção de tratamento de 1ª e/ou de 2ª linha para quadros graves e refratários.

A realização da ECT exige o preenchimento do termo de consentimento do paciente. O procedimento da ECT atualmente é realizado em ambiente assistencial adequado e seguro, com a participação de profissionais

especializados com equipe mínima composta por: um psiquiatra, um anestesista e 2 profissionais da enfermagem. O procedimento é realizado com o paciente sob anestesia, acompanhada do uso de medidas / medicações coadjuvantes (relaxantes musculares, oxigenioterapia), além do monitoramento cardíaco e convulsivo, que reduzem a frequência de ocorrência e a gravidade dos efeitos colaterais.

A morte relacionada à ECT é rara. A taxa média de mortalidade da ECT é de no máximo 2 a 4 mortes por 100.000 tratamentos. Nove estudos publicados após 2001 (n > 400.000 tratamentos de ECT) encontraram taxa de mortalidade inferior a 1 por 100.000 tratamentos. A mortalidade está principalmente relacionada a eventos cardiopulmonares.

Antes da realização do procedimento, uma avaliação clínica consistente, incluindo idade, história, morbidades e sintomas de cada paciente deve ser feita, assim como em qualquer procedimento cirúrgico ou anestésico. O objetivo da anestesia durante a realização da ECT é induzir no paciente um breve período de amnésia que se sobreponha ao período da ação da estimulação elétrica e ao efeito do relaxante muscular.

É importante ressaltar que pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a Prática da eletroconvulsoterapia e da anestesia, o emprego da eletroconvulsoterapia é considerado um ato médico, sendo sua indicação, realização e acompanhamento de responsabilidade dos profissionais médicos que dela participarem.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução Nº 2.057/2013 normatiza a prática da ECT no país. A eletroconvulsoterapia (ECT) é um método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito. A resolução estabelece as condições de realização do exame.<sup>1</sup>

Art. 21. A eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser realizada em ambiente com infraestrutura adequada de suporte à vida e a procedimentos anestésicos e de recuperação, conforme o *Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil*.<sup>1</sup>

Art. 22. A ECT é um ato médico; portanto, sua indicação, realização e

acompanhamento são de responsabilidade dos médicos que dela participarem.<sup>1</sup>

Art. 23. A ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica, não se tratando de terapêutica de exceção.<sup>1</sup>

A indicação de ECT deve atender a critérios eminentemente clínicos e considerar os riscos psiquiátricos, clínicos e anestésicos. Para realização do procedimento deve haver consentimento livre e esclarecido para procedimento invasivo, além de prescrição clara do procedimento.<sup>6</sup>

Considerando o protocolo da Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG/2022, as indicações clínicas atuais da ECT incluem:

1. Pacientes que apresentarem diagnóstico de Depressão maior ou menor de intensidade moderada a grave:

- Com tratamento em situação de refratariedade, ou seja, não resposta ou resposta insuficiente a pelo menos 2 (dois) esquemas medicamentosos antidepressivos em doses adequadas por um período mínimo de 6 (seis) semanas OU,

- Em situação de poli medicação e/ou com risco de interações medicamentosas graves.

2. Pacientes que estiverem em risco de suicídio e com necessidade de rápida resposta terapêutica sem, necessariamente, um diagnóstico definitivo.

Ou ainda,

- Transtorno Depressivo Maior associado ou não a sintomas psicóticos.

- Transtorno Afetivo Bipolar (mania ou depressão) refratário.

- Transtorno depressivo grave associado à gestação e puerpério (devido ao risco de efeitos colaterais dos medicamentos).

- Transtorno esquizoafetivo.

- Esquizofrenia refratária.
- Negativismo e negligência (recusa de ingestão de medicação e alimentos).
- Síndrome catatônica (catatonia maligna).

A Associação Psiquiátrica Americana considera a ECT um tratamento de primeira escolha quando:

- É necessário melhora rápida e consistente.
- Os riscos de outros tratamentos são maiores do que os riscos da ECT.
- Há história prévia de resposta apenas parcial aos psicofármacos ou de boa resposta à ECT.

Situações clínicas especiais como pacientes idosos, portadores de comorbidades, crianças e pacientes grávidas, muitas vezes têm na ECT a sua única oportunidade de tratamento. No entanto, o guideline da NICE considera altos os riscos associados ao uso de eletroconvulsoterapia na gravidez, em pessoas idosas, crianças e adolescentes. Portanto, deve haver maior rigor e cuidado ao considerar a ECT nestes grupos de pacientes.

Da mesma maneira, a vontade e a escolha explícita do paciente pelo tratamento, deverão ser respeitadas, desde que a doença de base conste das indicações. Os quadros agudos, melhores respondedores devem ser prestigiados. Embora, ainda necessitando de maiores subsídios, a ECT de manutenção pode ser considerada.

A eficácia da ECT é bem documentada em pacientes com depressão grave, especialmente na presença de catatonia e sintomas psicóticos. Pode evitar a morte em pacientes com ideação suicida e naqueles que apresentam negativismo. É comprovadamente eficaz em pacientes com psicose puerperal, depressão gestacional e depressão em pacientes idosos.<sup>6</sup>

Não existe nenhum critério técnico científico que permita definir um número padrão de sessões necessárias para o tratamento de um curso agudo. Por isso, o que é possível estabelecer previamente, é uma estimativa do

número de sessões, considerando que é possível que cada paciente necessite de um número diferente de sessões. O paciente deve ser tratado até que haja remissão dos sintomas, atinja um platô de resposta ou desenvolva efeitos adversos limitantes. A resposta clínica é o principal referencial para a definição do número de sessões.

A experiência clínica revela que a maioria dos pacientes apresenta resposta com uma média de 6 a 12 sessões. Porém, esses números são apenas um referencial geral. Além da resposta clínica, os efeitos colaterais cognitivos, por serem cumulativos, também auxiliam na decisão da continuidade ou não do tratamento. Tratamentos contínuos de manutenção podem ser indicados após alcançada remissão e/ou atingir um patamar de melhora, sendo possível reduzir a frequência das sessões, em vez de interromper abruptamente o tratamento de ECT.

Apesar de não haver um limite fixo do número de sessões, a continuidade da ECT, quando indicada, deve ser periodicamente reavaliada em relação à resposta clínica alcançada e o surgimento de efeitos adversos limitantes, principalmente os efeitos adversos cognitivos, por serem cumulativos. A ECT não deve ser usada como tratamento a longo prazo para prevenir a recorrência de depressão.

A ECT não possui contraindicações absolutas e seu risco não é maior que o de uma anestesia geral. Um médico especialista deve ser consultado para que o risco da ECT seja minimizado em alguns casos particulares como: arritmias, hipertensão arterial severa, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, grandes aneurismas, diabetes insulino dependente, tumores cerebrais, traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, epilepsia, malformações cerebrovasculares e glaucoma de ângulo fechado.

Os efeitos colaterais imediatos mais frequentes da ECT incluem alterações somáticas e cognitivas. As alterações somáticas mais frequentemente encontradas são cefaleia, náusea e vômito, que variam conforme o anestésico utilizado. Podem também ser observadas arritmias cardíacas, geralmente leves e transitórias, em especial nos pacientes com

doença cardíaca prévia. A ocorrência de dores musculares e, mais raramente, de fraturas, devido à atividade motora convulsiva também faz parte das complicações associadas à ECT. A ocorrência de fraturas foi praticamente abolida pelo uso dos relaxantes musculares e posicionamento seguro dos pacientes.

As alterações cognitivas imediatas incluem confusão mental e delirium, logo após a crise convulsiva e recuperação anestésica. A diminuição da memória anterógrada também é um evento adverso de curto prazo, que tende a melhorar depois de alguns dias ou poucas semanas após realização da ECT.

Com relação a disfunção cognitiva, identificou-se que a severidade, o tipo e a duração parecem estar relacionados à metodologia de administração da ECT, ao posicionamento dos eletrodos, ao tipo de onda utilizado e à frequência de realização do procedimento.

O efeito colateral em longo prazo da ECT mais frequente e que pode ter mais longa duração é a amnésia retrógrada. Apesar de relatos de pacientes de lapsos mnêmicos de eventos passados que não remitem, ainda é inconclusivo se esse efeito adverso é ou não permanente, podendo ser uma percepção subjetiva. Estudos com métodos mais acurados de avaliação de memória, principalmente autobiográfica, são necessários para uma conclusão definitiva a esse respeito.

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma nota técnica (Nº11/2019), que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde, descrevendo a necessidade de oferecer a eletroconvulsoterapia como um tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais graves refratários a outras abordagens terapêuticas. Também informa que o aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para esta população específica.<sup>15</sup>

Numa análise de custo efetividade de 2018, a ECT foi custo efetiva após a falha da 2ª linha de tratamento farmacológico. Mesmo que usada mais tarde

no tratamento da depressão, a ECT ainda seria custo efetiva, pois pacientes na 3ª linha de tratamento farmacológico apresentam baixo índice de resposta e têm maior probabilidade de recaída.<sup>16</sup>

Considerando que a prevalência de transtornos do humor e psicoses refratários na população é de cerca 1,2% ou 1.200 indivíduos por 100.000 habitantes, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria apresentou proposta para incorporação da eletroconvulsoterapia ao rol da ANS 2018.

Indicação: Cobertura obrigatória nas seguintes situações clínicas:

- a) *Risco iminente de suicídio nos quadros de humor e/ou psicóticos (conforme protocolo “Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental”, Ministério da Saúde, 2006);*
- b) *Depressão refratária a pelo menos 3 tratamentos efetivos prévios, em dose e por período adequado;*
- c) *Transtorno afetivo bipolar refratário em qualquer uma das fases (critério operacional do Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) & International Society for Bipolar Disorders (ISBD), que considera a ECT em seu 4º ou 5º passo (dependendo da fase), após falhas sucessivas de recomendações anteriores;*
- d) *Catatonias;*
- e) *Síndrome Neuroléptica Maligna;*
- f) *Esquizofrenia refratária conforme critérios do IPAP - Psychopharmacology Algorithm Project (www.ipap.org);*
- g) *Quadros do humor ou psicóticos durante gestação, quando houver indicação de ECT;*
- h) *Quadros mentais graves na gravidez e lactação (American Psychiatric Association, Task for ECT, 2001).<sup>18</sup>*

No âmbito da saúde suplementar, a ECT é procedimento que ainda não consta do rol de cobertura da ANS. É classificada pela Associação Médica Brasileira como Procedimento Ambulatorial de Porte 3C. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizado pela Resolução Normativa nº 465/2021 não contempla a eletroconvulsoterapia dentre as coberturas

obrigatórias para os beneficiários de planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não incorporou a ECT, considerando que este procedimento requer debate amplo no contexto da Política Nacional de Saúde Mental. Apesar disso, o procedimento consta na Tabela da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) sob o código 20104170 – sessão de eletroconvulsoterapia (em sala com oxímetro de pulso, monitor de eletrocardiograma (ECG) e eletroencefalograma (EEG)).<sup>15</sup>

A eletroconvulsoterapia é considerada recurso terapêutico eficaz e seguro, desde que tenha indicação e realização precisas. A eficácia da ECT é bem documentada em pacientes com depressão grave, especialmente na presença de catatonia e sintomas psicóticos. Pode evitar a morte em pacientes com ideação suicida e naqueles que apresentam negativismo. É comprovadamente eficaz em pacientes com psicose puerperal, depressão gestacional e depressão em pacientes idosos.<sup>6</sup>

As diretrizes atuais para utilização da eletroconvulsoterapia enfatizam uma abordagem centrada na avaliação clínica individual, consentimento informado, na colaboração multidisciplinar e no risco putativo de efeitos adversos. Embora eficaz em algumas condições, apresenta riscos que devem ser ponderados caso a caso, e em cada momento clínico.

A ECT é um tratamento de primeira linha quando se necessita de uma resposta rápida e/ou definitiva para evitar danos a si próprio e/ ou aos outros. Risco agudo de suicídio, agitação, catatonia e deterioração do estado físico secundária a condições psiquiátricas são algumas dessas situações. Após um tratamento agudo de ECT, é necessário tratamento de continuação / manutenção com farmacoterapia e/ou psicoterapia.<sup>7</sup>

A ECT de continuação/manutenção (C/M) deve ser considerada para pacientes com histórico de episódios graves e recorrentes que não conseguiram permanecer bem com os medicamentos.<sup>7</sup>

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é

realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis.

A afirmação de imprescindibilidade ou não de determinado tratamento em detrimento de outro, requer avaliação completa individualizada contextualizada. Caso o juízo entender necessária uma avaliação complementar no decorrer do processo, há a possibilidade / indicação de realização de perícia médica.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) Resolução CFM nº 2.057, capítulo IX, de 20 de setembro de 2013.  
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>
- 2) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I, publicado na Portaria MS/SAS nº 315, de 30 de março de 2016.
- 3) Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
- 4) Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.
- 5) Diretrizes AMB – Eletroconvulsoterapia.  
[https://amb.org.br/files/\\_DIRETRIZES/eletroconvulsoterapia/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://amb.org.br/files/_DIRETRIZES/eletroconvulsoterapia/files/assets/common/downloads/publication.pdf)
- 6) Protocolos Clínicos. Eletroconvulsoterapia. 4ª Edição, 2022. FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.  
<https://www.fhemig.mg.gov.br/acesso-rapido/protocolos-clinicos>
- 7) Diretrizes de prática clínica para o uso de terapia eletroconvulsiva. Psiquiatria Indiana J. 30 de janeiro de 2023; 65(2):258–269.

doi:[10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_491\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_491_22)

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10096214/>

8) O uso da eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento da depressão. REAS/EJCH | Vol. Sup.n.56 | e3926.

DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3926.2020>

9) Revisitando a Eletroconvulsoterapia no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Psicologia Ciência e profissão, 2008, 28(2), 344-361.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n2/v28n2a10.pdf>

10) Preditores da Eletroconvulsoterapia.

[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37620/1/2019\\_MuriloCarvalhoLobato.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37620/1/2019_MuriloCarvalhoLobato.pdf)

11) ECT para Depressão refratária.

<https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/497/202>

12) Depressão em adultos: tratamento e manejo. Diretriz NICE [NG222] Publicada: 29 de junho de 2022.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

13) Eletroconvulsoterapia como prática psiquiátrica: revisão de literatura. *Arch Health Invest* (2019) 8(10):628-633. © 2019 - ISSN 2317-3009.

<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i10.3609>

14) Análise da eficácia a Eletroconvulsoterapia (ECT) como tratamento em Transtornos Depressivo Maior: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v.11, n.12, e270111234582, 2022. (CC BY 4.0) |ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34582>

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34582/29062>

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34582/29062>

15) Análise de Custo-efetividade da Eletroconvulsoterapia no Tratamento da Depressão Resistente. Paula Gama Muniz de Campos. Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ministério da Saúde, 2023.

<https://dspace.inc.saude.gov.br/server/api/core/bitstreams/68939ed6-4f43-47e1-9806-68ebeed434af/content>

16) Ross EL, Zivin K, Maixner DF. Cost-effectiveness of electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy/psychotherapy for treatment-resistant depression

in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75(7):713–22.

17) Eletroconvulsoterapia para o Tratamento da Depressão Refratária à Medicação: Uma Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2020 Jan./Abr;24(1):4-13. <http://www.revneuropsiq.com.br>

18) Federação Nacional de Saúde Suplementar. Reunião ANS 30/11/2016. [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-antteriores/grupo-tecnico-do-cosaude-para-apreciacao-de-propostas-via-formulario-eletronico-para-as-alteracoes-no-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude-2018/gt\\_cosaude\\_reuniao\\_2\\_apresentacoes\\_compressed.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-antteriores/grupo-tecnico-do-cosaude-para-apreciacao-de-propostas-via-formulario-eletronico-para-as-alteracoes-no-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude-2018/gt_cosaude_reuniao_2_apresentacoes_compressed.pdf)

19) Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. J. Bras. Psiquiatr. 2019;68(2):83-91.

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jWpLDf5Kb4HGwFYBKS3xHWH/>

20) Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II: uma revisão abrangente. Braz. J. Psiquiatria. 2013 Out-Dez;35(4):416-31.

Doi: 10.1590/1516-4446-2012-1048. Epub 2013 23 de dezembro.

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/84pk6g6z4FVyGtKnck4m6XR/?lang=en>

21) Inventário de Depressão de Beck – BDI. UNESP.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocessinando/AVALIACAO%20FI SIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Invent%20de%20Depress%20de%20BECK.pdf>

#### **V – DATA:**

09/09/2025

NATJUS – TJMG