

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 9ª Câmara Cível

**COMARCA:** Segunda Instância

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0004127

**IDADE:** 61 anos

Sexo: feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** F33.2, F33.3 e F31?

**PEDIDO DA AÇÃO:** Eletroconvulsoterapia (ECT)

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como alternativa terapêutica específica, para remissão de quadro depressivo grave, com ideação suicida.

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Se existe recomendação do tratamento de eletroconvulsoterapia – ECT para paciente portadora de “transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco”, “transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos” (F31.0 e F33.2 - CID 10), e parkinsonismo, e se há outro procedimento para a cura eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol da ANS.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada datada de 26/04/2019, trata-se de paciente com diagnóstico de transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, transtorno afetivo bipolar (interrogado), hipotireoidismo, além de história de depressão pós-parto.

Consta que a paciente iniciou acompanhamento com a médica prescritora em janeiro de 2019, que a paciente vinha sintomática há 06 anos, e que evoluiu com piora do quadro depressivo grave no último ano. Consta que a paciente apresenta baixa aderência ao tratamento farmacológico, com resposta quase nula as várias alternativas farmacológicas adotadas de forma isolada e combinada (clomipramina, sertralina, paroxetina, venlafaxina, mirtazapina, lurasidona, carbonato de lítio, quetiapina, ácido valpróico, bupropiona (relato de convulsão com este último). Além do uso de Prolopa®

devido à hipótese diagnóstica de Doença de Parkinson, também sem resposta, e levotiroxina para o hipotireoidismo.

Há informação de piora do quadro clínico, com ideias de ruína e de morte, com planejamento suicida. Diante do quadro descrito, a médica assistente propôs a avaliação da possibilidade de hospitalização, com indicação de realização de ECT.

As informações apresentadas são insuficientes para se afirmar refratariedade a todas as opções farmacológicas utilizadas (mencionadas no relatório), considerando principalmente o fato que foi informado que a paciente apresenta aderência insuficiente ao tratamento. Também não foi informado por quanto tempo e quais foram as doses de cada fármaco utilizado. Não foi informado quais foram as estratégias de monoterapia e/ou terapia combinada que foram utilizadas.

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 norteadada 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); contem 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>

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. (15)

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.

*“A eletroconvulsoterapia (ECT) é eficaz para episódios de humor bipolar, incluindo aqueles resistentes à farmacoterapia. Um estudo observacional prospectivo incluiu 500 pacientes com transtorno bipolar que falharam na farmacoterapia para episódios agudos de humor e foram então tratados com ECT mais farmacoterapia (por exemplo, antidepressivos, antipsicóticos e / ou lítio) conforme indicado. A resposta (melhora ou muita melhora) ocorreu em 69% deles. Um outro estudo, também observacional prospectivo, acompanhou 70 pacientes com transtorno bipolar (36 com depressão maior, 34 com um episódio misto) por uma média de 57 semanas após um curso bem-sucedido de ECT aguda e concluiu que, aproximadamente, 60% apresentaram evolução favorável da doença, sem recaídas importantes do quadro de humor.”<sup>(7)</sup>*

*Ensaio clínico randomizado aberto sugerem que, para pacientes com depressão bipolar maior, a ECT é superior à farmacoterapia. Um ensaio randomizado, com duração de seis semanas, comparou a ECT com medicamentos em pacientes que falharam a dois cursos de farmacoterapia ao longo da vida (n = 66). A ECT foi administrada três vezes por semana com a colocação do eletrodo unilateral direito e breve estimulação do pulso. A*

*análise por protocolo descobriu que a resposta (redução dos sintomas basais  $\geq 50\%$ ) ocorreu em mais pacientes que receberam ECT do que medicamentos (74 versus 35%). No entanto, a remissão nos dois grupos foi comparável (35 e 30%). É importante notar que a melhora com a ECT pode ter sido maior se a colocação de eletrodo bilateral tivesse sido usada em vez de unilateral direito, mas o comprometimento cognitivo também poderia ter sido maior com a ECT bilateral.<sup>(7)</sup>*

*Além disso, uma revisão constatou que em pacientes com depressão bipolar maior (a maioria dos quais falhou na farmacoterapia), a resposta à ECT ocorreu em aproximadamente 50 a 75%. Um estudo observacional prospectivo incluiu 295 pacientes com depressão bipolar maior que falharam com a farmacoterapia e foram então tratados com ECT mais farmacoterapia (por exemplo, antidepressivos, antipsicóticos e / ou lítio), conforme indicado; resposta satisfatória ocorreu em aproximadamente 70%. Uma revisão conduzida pela US Food and Drug Administration concluiu que as evidências para o tratamento da depressão bipolar maior com ECT são fortes.<sup>(7)</sup>*

*Uma revisão de estudos observacionais (principalmente retrospectivos) examinou a eficácia da ECT em um total de 589 pacientes maníacos, a maioria dos quais era resistente à farmacoterapia. Melhoria acentuada ou remissão ocorreu em 80%. Um estudo retrospectivo subsequente, em pacientes tratados com ECT e medicação antipsicótica concomitante ( $n = 33$ ), também concluiu que a resposta ocorreu em cerca de 80%.<sup>(7)</sup>*

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 1<sup>a</sup> e/ou de 2<sup>a</sup> 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. (1)

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. (1)

Art. 22. A ECT é um ato médico; portanto, sua indicação, realização e acompanhamento são de responsabilidade dos médicos que dela participarem. (1)

Art. 23. A ECT tem indicações precisas e específicas na literatura médica, não se tratando de terapêutica de exceção. (1)

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. (6)

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** à **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.

No transtorno bipolar, assim como na depressão maior unipolar, os sintomas graves e/ou refratários indicam a necessidade de uso da eletroconvulsoterapia. A indicação de incluir a ECT no tratamento de pacientes com transtorno bipolar grave e/ou refratário, encontra respaldo em várias diretrizes. A indicação mais comum para ECT em pacientes bipolares é a depressão maior grave. A refratariedade ou a presença de eventos adversos decorrentes dos psicofármacos constituem-se em fortes argumentos para a indicação da 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. (6)

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 delírio, 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 remitiram, 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) Catatonia e) Síndrome Neuroléptica Maligna f) Esquizofrenia refratária conforme critérios do IPAP - Psychopharmacology Algorithm Project ([www.ipap.org](http://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>

Porém, no âmbito da saúde suplementar, 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>

Considerando as informações apresentadas acima, a indicação de internação e realização de ECT para o tratamento do quadro depressivo grave apresentado pela paciente, resistente à terapia poli farmacológica, está em conformidade com as diretrizes da literatura técnica atual. Além do fato que há vasta literatura que aponta para efeito antiparkinsoniano da ECT. <sup>(18)</sup>

A ECT é procedimento que ainda não consta do rol de cobertura da ANS. Classificada pela Associação Médica Brasileira como Procedimento Ambulatorial de Porte 3C. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2021, atualizado pela Resolução Normativa nº 465/2021 não contempla a eletroconvulsoterapia dentre as coberturas obrigatórias para os beneficiários de planos de saúde.

#### **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/aceso-rapido/protocolos-clinicos>

7) Nota Técnica nº 1046, Eletroconvulsoterapia / Transtorno Afetivo Bipolar. NATJUS-Distrito Federal.

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>

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.revneuropsi.com.br>

18) Federação Nacional de Saúde Suplementar. Reunião ANS 30/11/2016. [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/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/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/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)

**V – DATA:**

23/02/2024

NATJUS – TJMG