

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005821

IDADE: 27 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F31, F31.2, F31.6, F12, F19.1

PEDIDO DA AÇÃO: Sessões de eletroconvulsoterapia pelo período de 12 meses

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como alternativa de tratamento complementar / adjuvante, para transtornos psiquiátricos graves em paciente não aderente ao tratamento

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 - O tratamento é eficaz e recomendado para o caso do paciente? **R.: A eletroconvulsoterapia é alternativa terapêutica utilizada em casos graves e refratários, no entanto, a análise individual do caso requer a realização de exame médico pericial presencial na especialidade de psiquiatria, com a maior brevidade possível.**

02 - O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora do paciente? **R.: Considerando os elementos técnicos apresentados, não é possível a emissão de parecer específico para o caso através da análise documental. O paciente deve passar por perícia médica presencial na especialidade de psiquiatria, com a maior brevidade possível.**

03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde do paciente? **R.: Considerando os elementos técnicos apresentados, não é possível a emissão de parecer específico para o caso através da análise documental. O paciente deve passar por perícia médica presencial na especialidade de psiquiatria, com a maior brevidade possível.**

04 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para o paciente? **R.:**

Considerando os elementos técnicos apresentados, não é possível a emissão de parecer específico para o caso através da análise documental. O paciente deve passar por perícia médica presencial na especialidade de psiquiatria, com a maior brevidade possível.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente com diagnóstico de transtornos mentais graves (transtorno bipolar e dependência química) em acompanhamento médico psiquiátrico há cerca de 07 anos; evoluindo com baixa aderência e refratariedade ao tratamento clínico farmacológico ambulatorial e hospitalar instituído. Foi indicado pelo psiquiatra assistente atual, tratamento complementar/adjuvante com o uso de sessões de eletroconvulsoterapia por período de 12 meses. Consta que foram feitas algumas sessões, com resultados satisfatório.

O **transtorno bipolar** (TB) é uma condição potencialmente grave, caracterizada por mudanças de humor e disfunção cognitiva e funcional. É caracterizado por graves alterações de humor, que envolvem períodos de humor elevado e de depressão, intercalados por períodos de remissão. O transtorno se diferencia em dois tipos principais: o Tipo I, em que ocorrem episódios de mania, e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais branda e breve, caracterizando episódios de hipomania. O conceito de espectro bipolar amplia a classificação do TB, incluindo padrões clínicos e genéticos. O TB é uma doença comum, que atinge cerca de 30 milhões de pessoas no mundo, afetando homens e mulheres de modo diferente. As causas do TB incluem uma interação de fatores genéticos e ambientais, distinguindo-o como um transtorno complexo e multideterminado. O diagnóstico segundo os critérios do DSM-5 envolve a identificação de sintomas de mania ou hipomania e da avaliação do curso longitudinal da doença.¹¹

O TB é um transtorno complexo e multideterminado, causado pela interação de fatores genéticos e ambientais. O surgimento e a evolução do TB são possivelmente influenciados pelo trauma precoce, por eventos aversivos significativos da vida e pelo uso indevido de álcool e drogas.¹¹

Classifica-se como mania o estado severo de humor elevado ou irritabilidade, associado ou não a sintomas psicóticos, que provocam alterações no comportamento e na funcionalidade do indivíduo. A duração do estado de mania deve ser de no mínimo uma semana, estando o humor elevado ou irritabilidade presente na maior parte do dia, quase todos os dias. O critério de duração mínima é dispensável se a hospitalização se fizer necessária. O curso clínico do TB pode variar bastante.

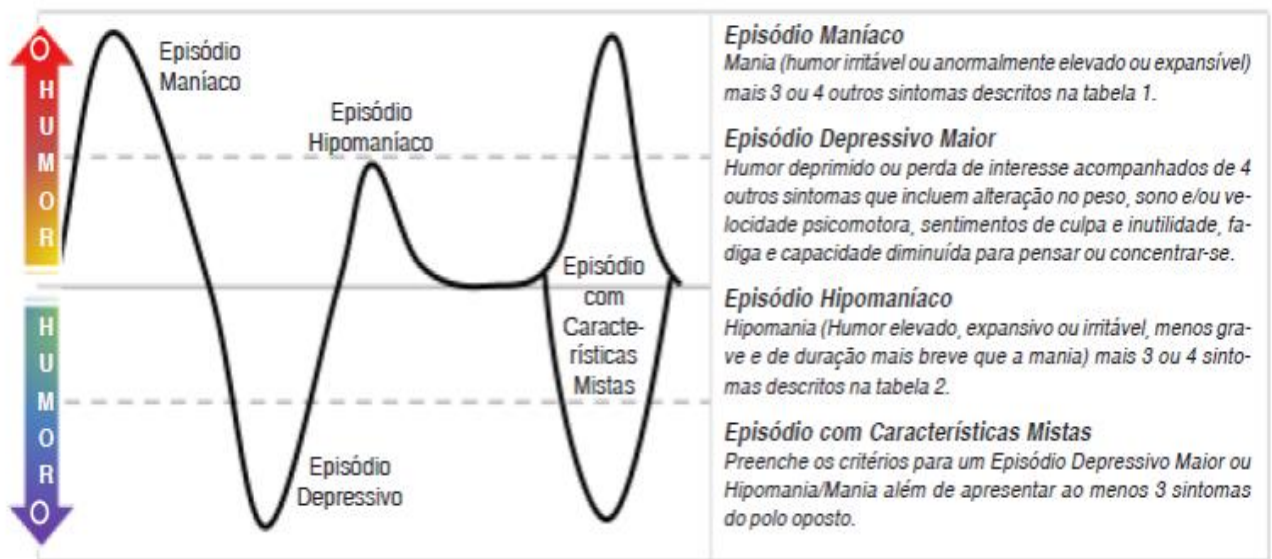


Figura 1: Episódios de humor no Transtorno Bipolar. O curso da doença de um paciente pode ser registrado em gráfico de humor. Desse modo, um exemplo de como o humor pode variar é da hipomania para mania no topo da figura, para a eutímia (ou humor normal) no meio, e para a depressão na extremidade inferior da figura. (Adaptado de Stahl, 2013)

Fonte: Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos.¹¹

O tratamento agudo do TB visa diminuir os sintomas do episódio atual e reduzir o risco que o paciente possa apresentar para si mesmo ou para outros, o tratamento de manutenção tem por objetivo prevenir recaídas futuras e ajudar o paciente a recuperar o nível de funcionamento pré-mórbido, melhorar a saúde física e reduzir o risco de suicídio a longo prazo. Em geral o tratamento de manutenção é uma continuação da intervenção que foi eficaz na fase aguda da doença. A aderência ao tratamento de manutenção no TB é positivamente influenciada pela satisfação do paciente com a medicação, pela monoterapia, o grau de escolarização do paciente e pelo medo de recaídas. Em contraste, tanto fatores relacionados à doença (e.g., o uso de substâncias, hospitalizações

prévias, sintomas psicóticos, menor *insight* sobre a doença) como fatores relacionados à medicação (e.g., efeitos colaterais, não-percepção de melhora diária, dificuldades com as rotinas diárias), além de atitudes dos pacientes (e.g., crenças de que a medicação é desnecessária, atitudes negativas em relação aos medicamentos, percepção de mudanças na aparência ou de interferência nos objetivos de vida) estiveram negativamente associadas à aderência ao tratamento medicamentoso, conforme tem sido demonstrado.¹¹

Tratamento não farmacológico / 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 Cerlletti 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.⁷

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.⁷

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.⁷

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%.⁷

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 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.

As indicações terapêuticas atuais da ECT incluem as depressões uni e bipolares com e sem sintomas psicóticos, especialmente onde haja risco de suicídio ou depressão psicótica com sintomas delirantes. As esquizofrenias refratárias, os quadros esquizoafetivos, a mania, a doença de Parkinson e a Síndrome Neuroléptica Maligna, que completam o rol de indicações.

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.

Situações clínicas especiais como pacientes idosos, portadores de comorbidades, crianças e pacientes grávidas, muitas vezes têm na ECT a sua única oportunidade de tratamento. A refratariedade ou a presença de eventos adversos decorrentes dos psicofármacos constituem-se em fortes argumentos para a indicação da ECT. 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.

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.

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 delírium, 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.

O National Institute for Care and Health Excellence (NICE), do Reino Unido, recomenda a ECT apenas para indivíduos com catatonia ou um episódio maníaco prolongado ou grave a fim de obter uma melhora rápida e a curto prazo dos sintomas graves após outras opções de tratamento terem se mostrado ineficazes e / ou quando a condição for considerada potencialmente fatal.

A ECT para o tratamento do transtorno bipolar (mania ou depressão) refratário, está entre as indicações previstas no protocolo clínico 42 – Eletroconvulsoterapia da FHEMIG.

As diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria recomenda para a ECT para o tratamento do transtorno bipolar resistente ao tratamento farmacológico, considerando que também há evidências de benefícios em regime de manutenção (grau de recomendação - C).⁵

O procedimento não foi apreciado pela CONITEC para tratamento do transtorno bipolar. O PCDT para tratamento do transtorno bipolar, publicado por meio da Portaria/MS/SAS nº 315, de 30 de março de 2016, menciona que “existe evidência clínica significativa de eficácia e segurança para o uso da eletroconvulsoterapia (ECT) no tratamento do TAB, porém sem base em estudos comparativos”.

A ECT é procedimento que ainda não consta do rol de cobertura da ANS.

A dependência química alcançou dimensões epidêmicas sendo considerada como um complicador na saúde pública. Expressa-se em doenças multifatoriais, complexas crônicas e recorrentes. Apontada como um transtorno mental gerador de prejuízo social, ocupacional, familiar, pessoal e cognitivo. Dessa forma a prevalência da dependência, suas causas e efeitos em comorbidades psiquiátricas e psicológicas identifica quais transtornos são mais comuns em dependentes químicos.¹⁵

Dessa forma a prevalência da dependência, suas causas e efeitos em comorbidades psiquiátricas e psicológicas identifica quais transtornos são mais comuns em dependentes químicos. Os resultados mostraram alta prevalência

de transtornos de humor, com destaque para a depressão, ansiedade e bipolaridade e transtornos mentais, que discorre também sobre patologia psiquiátrica de personalidade e esquizofrenia entre os dependentes.¹⁵

Considerando a coexistência / associação das comorbidades (TB + dependência química), as informações apresentadas não são suficientes para a emissão de parecer técnico sobre a indicação de ECT adjuvante, para o tratamento do quadro crônico agudizado do caso concreto, a partir de análise documental. O paciente deve passar por exame médico pericial presencial, na especialidade de psiquiatria, com a maior brevidade possível.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Eletroconvulsoterapia. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes AMB. https://amb.org.br/files/_DIRETRIZES/eletroconvulsoterapia/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- 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
- 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
- 6) Protocolos Clínicos. Eletroconvulsoterapia. 4ª Edição. FHEMIG. 2022. www.fhemig.mg.gov.br
- 7) Nota Técnica nº 1046, Eletroconvulsoterapia / Transtorno Afetivo Bipolar. NATJUS-Distrito Federal.
- 8) Resolução CFM nº 2.057, capítulo IX, de 20 de setembro de 2013.

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

11) Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)* 2017;50(Supl.1), jan-fev.:72-84.

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>

12) Transtorno Bipolar Afetivo: Uma Análise das Escolhas Terapêuticas Utilizadas no Brasil em Paralelo com Outros Países. *Rev.Multi.Sert.* v.05, n.1, p. 83-93, Jan-Mar, 2023.

13) Tratamento e acompanhamento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n.5, p. 18679-18689, sep./oct., 2022.

14) 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>.

15) Dependência Química em Comorbidades Psiquiátricas e Psicológicas: Causas de prevalências e seus Efeitos. Publicado 04/03/2024.

<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p243-261>

<https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/1603/1798>

V – DATA:

12/06/2024

NATJUS – TJMG