

ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT) / ELETROCHOQUE: A PRODUÇÃO DE EVIDÊNCIAS SOBRE SEU USO, EFICÁCIA E EFICIÊNCIA

Electric convulsive therapy / electric shock: evidence production about its use, efficacy, and efficiency

Walter Ferreira de Oliveira¹

Artigo encaminhado: 13/12/2018
Aceito para publicação: 26/04/2019

RESUMO: O eletrochoque é aceito em diversos serviços de saúde mental por ser considerado por um número de autores como inócuo e eficaz. Entretanto, ao examinarmos a produção de conhecimento que levou a estas conclusões, verificamos falhas importante do ponto de vista metodológico, bem como dúvidas quanto à ética das pesquisas que serviram para consolidar estas convicções. A disseminação da ideia de eficácia e inocuidade do procedimento propiciam que o Ministério da Saúde brasileiro proponha a volta de seu uso com financiamento de recursos públicos. Este texto examina como foi produzido conhecimento sobre o eletrochoque que levou à afirmação de seus benefícios terapêuticos e de sua inocuidade, concentrando-se na época de produção mais intensa de pesquisas deste teor, nas décadas de 1980 a 2000. Em vista dos flagrantes vieses característicos nesta produção, consideramos que todo o conhecimento sobre o uso da ECT está comprometido, pois as pesquisas posteriores não visaram corrigir os erros cometidos na produção anterior e sim corroborar os achados até então obtidos. Esta conclusão nos leva, ainda, a recomendar que sejam rigorosamente observados os cânones da Lei Federal 10.216/2001 e os princípios da Saúde Coletiva e do SUS, de não delegar a um segmento, a uma corporação, ou a um ator político decisões sobre intervenções de qualquer natureza e de caráter intrusivo. E, ainda, respeitar a Constituição Federal de 1988, que estabelece que políticas amplas não podem ser promulgadas, alteradas ou extintas pela ação única de um ator social, mas devem ser amplamente e democraticamente discutidas por toda a sociedade. **Palavras-chave:** Eletrochoque. Eletroconvulsoterapia. ECT. Políticas de saúde mental. RAPS. SUS.

¹ Professor doutor, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). walter.oliveira@gmail.com

ABSTRACT: Several authors point out that electric shock therapy (EST) is efficacious and innocuous and this justifies its use in mental health care services. However, a closer look at how knowledge leading to these affirmations was produced shows methodological and ethical problems in the way studies were conducted, interpreted, and disseminated. Assuming its innocuity and efficacy, the Brazilian Ministry of Health proposed, in 2019, within the scope of a new mental health policy, the return of EST in public mental health services. This article looks at how the knowledge about EST was produced, concentrating on the decades of 1980 to 2000, when many studies were conducted and constituted the framework for the academic discourse on the issue in the years to follow. Considering the biases that characterized such production of knowledge we suggest that the discourse of innocuity and efficacy of EST must be disputed. We need to pay attention to the rights of persons with mental illnesses, established by Federal Law 10.216/2001, to the principles of the National Brazilian Health System (SUS), and of the Federal Constitution of 1988, of wide community participation in decisions about policy affecting the whole Society. **Keywords:** Electric shocks. Eletric shock therapy. EST. Mental health policy mentalf. Psychossocial care. SUS.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental brasileira vem sofrendo profundas modificações, particularmente desde a publicação da Portaria 3.588 de 2017 do Ministério da Saúde (MS). Em fevereiro de 2019 a Coordenação de Saúde Mental do MS emitiu a Nota Técnica 11/2019, em que afirma seu compromisso com uma “nova política de saúde mental”, alterando substancialmente e unilateralmente a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas vigente. A NT-11 propõe, entre outros, o uso de eletrochoques (eletroconvulsoterapia – ECT) como elemento terapêutico constante desta nova política, e financiado por recursos públicos. A reação pública tem sido intensa, com repúdios veementes à instauração deste procedimento em serviços públicos de saúde (CISCATI, 2019; FIGUEIREDO, 2019; REIS, 2019)

Este texto analisa, especificamente, a produção de conhecimento sobre a ECT, que justifica afirmações de diversos autores e profissionais sobre sua inocuidade e eficácia. Esta crença dá suporte também às discussões sobre o escopo da tomada de decisões sobre sua adoção em serviços de saúde. No Brasil, dados os dispositivos legais, como a Lei 10.216/2001, esta atribuição está em

aberto, pois apesar de ser considerado um ato médico, a Lei indica que decisões sobre uso de intervenções invasivas devem ter amplitude maior. A decisão envolve não somente aspectos técnicos, mas questões éticas, políticas, econômicas e jurídicas, entre outras. O eletrochoque havia sido praticamente banido nos serviços públicos brasileiros, e a discussão sobre seu uso praticamente esquecida. Diante da intenção do MS de trazê-lo de volta é mister que a discussão sobre este procedimento contemple diferentes níveis de análise.

1 DIMENSÕES DE ANÁLISE

A ECT, eletrochoque ou *electric shock therapy* (EST, nos EUA) é um dos procedimentos utilizados em medicina que mais têm se prestado a controvérsias. Consiste na passagem de um choque elétrico pelo cérebro de uma pessoa através da utilização de eletrodos colocados na superfície do crânio. A corrente elétrica desencadeia impulsos motores que se manifestam através de convulsões. Estas são vistas como antagonistas de sintomas psicóticos, o que se baseia na antiga observação de que a epilepsia, uma doença caracterizada mais comumente por convulsões, exclui a coexistência da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos.

Introduzida na década de 1930, a ECT foi adotada como uma solução na psiquiatria, que na época não dispunha de medicações para sintomas psicóticos. Avaliada como eficaz para controlar alguns destes sintomas o eletrochoque passou, mais tarde, a ser questionado por seus efeitos danosos e por ser excessivamente invasivo e de violência desmesurada. Juntamente com as denúncias de violações de direitos e abusos de poder nos manicômios, que chocaram o mundo nas décadas de 1960 e 70, a ECT passou a ser alvo de polêmicas no âmbito público e no campo da saúde mental.

Hoje o eletrochoque é visto, de diferentes perspectivas, como proposta terapêutica, intervenção corporal invasiva e violenta, elemento de controle e punição nos hospitais psiquiátricos e instrumento de abuso de poder. No centro da polêmica estão as decisões sobre seu uso (DIAS, 2019; REIS, 2019; TASSIS, 2019).

Propomos analisar a ECT em quatro dimensões:

- a. A dimensão sociocultural: A discussão pública
- b. A dimensão administrativa/institucional
- c. A dimensão epistemológica
- d. A dimensão clínica

Este texto foca especialmente a última dimensão (clínica), com uma explanação da dimensão epistemológica, no que consideramos necessário para entender a clínica. As outras duas dimensões, também de enorme importância, não são abordadas neste artigo, mas passaremos rapidamente por elas, à guisa de introdução à dimensão clínica.

2.1 Dimensão sociocultural: a discussão pública

Desde a década de 1960 muitos autores têm ajudado a consolidar um sistema de saúde mental eficiente, efetivo e eficaz, com base na comunhão entre princípios científicos e democráticos, entre outros Amarante (1995), Basaglia et al, (1985), Costa-Rossa (2000), Goffman (1961); Illich (1975), Laing (1960); Mofatt (1982) e Rotelli; Leonardi e Mauri (2001) . A arte, especialmente o cinema e o teatro, contribuiu para envolver a sociedade como um todo nestas discussões. "Um Estranho no Ninho" (1975), filme vencedor de seis Oscars (façanha não alcançada desde "E o vento levou", em 1939) é emblemático do questionamento público do modelo de saúde mental então vigente, centrado na internação em hospitais psiquiátricos, o chamado modelo manicomial. O filme, baseado em livro de Ken Kesey (1962) expõe um sistema desumano e desumanizador, bem como o sofrimento causado pelo eletrochoque e o potencial abusivo de sua utilização.

Seguiram-se outros filmes de grande repercussão: "Vida em família,"(1971) sobre o trabalho da Clínica Tavistock, em Londres, "Em nome da razão", do

argentino Helvécio Ratón (1979) e o grande vencedor de prêmios internacionais, “Bicho de sete cabeças” (2001) baseado em história real. No teatro Marat-Sade, de Peter Weiss (1965) e Équos, de Peter Schaeffer (1973) abordaram o tema da saúde mental, também com grande sucesso internacional.

Através da arte a psiquiatria passou a ser vista como fenômeno sociocultural e na perspectiva da Justiça e dos Direitos Humanos. O eletrochoque passou a ser considerado não só como ato médico, mas como ato social, objeto legítimo do escrutínio público; não só como terapêutica, mas como instrumento de dominação e opressão; não como ferramenta para re-inserção e reabilitação, mas para a exclusão e, portanto, instrumento ideológico. Problematizou-se seu uso e evidenciaram-se, nos processos de decisão, pressões corporativas e disputas de poder pessoais, políticas e institucionais.

Em consequência, o campo da saúde mental passou por uma renovação, incorporando tendências e paradigmas emergentes, como Promoção da Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Reabilitação e Atenção Psicossocial. A renovação provocou reformas do sistema de saúde mental e a diminuição do número de pessoas internadas nos manicômios. Muitas tornaram-se cidadãos produtivos, amparados por políticas sociais que criaram serviços substitutivos e estimularam cooperativas e associações para produção de renda. Melhoraram as condições de trabalho e justiça, atacou-se a estigmatização e a opressão das pessoas com transtorno mental e suas famílias e promoveu-se a desinstitucionalização e a atenção integral centrada no território (AMARANTE, 2007; COSTA-ROSA, 2000; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA, 2010). Neste processo o eletrochoque é apontado como símbolo da opressão, do abuso, do retrocesso e de anacronismo.

2.2 Dimensão administrativa-institucional

O eletrochoque fomenta tensões nas relações institucionais. Há instituições públicas e privadas que incentivam seu uso e outras que não o aceitam. Trabalho médico, relações multiprofissionais e poder administrativo constituem um pano de

fundo que, juntamente com as condições políticas circunstanciais, determinam quais procedimentos são incentivados, tolerados ou rejeitados.

A história está repleta de relatos sobre o uso do eletrochoque como meio de punição e submissão de pacientes, especialmente aqueles vistos como causadores de problemas. Abaixo, dois relatos,² o primeiro de uma enfermeira de uma instituição onde o proprietário, também diretor técnico, acredita na eficácia e inocuidade da ECT e incentiva seu uso na instituição:

Eu fiquei chocada com o uso indiscriminado do choque. Aplicam para tudo. Uma paciente foi pega se masturbando e a auxiliar de enfermagem resolveu que ela deveria tomar um choque para parar com "aquelas sujeiras." ... Como o diretor confia muito nesta auxiliar de enfermagem, que já está lá há muitos anos, ele faz com que a decisão dela seja respeitada. ... Para a maioria dos médicos não precisa nem estar com nenhum sintoma grave. Vacilou entra no choque ... Eu saí de lá por causa disso, não aguentava mais.

Outro relato, de uma terapeuta ocupacional, confirma que o procedimento pode obedecer à influência de administradores e diretores técnicos de serviços:

Na unidade (...) o choque é usado o tempo todo pela equipe, também como punição. Porque tanto a psicóloga que dirige a unidade quanto a médica da unidade trabalham com a ideia de que a punição, a disciplina, fazem parte do processo de tratamento. Então, se o paciente transgredir a disciplina de alguma forma, isto é, justificativa para o choque. Por exemplo, se o paciente foge, pode ir para o choque ou para a cela de isolamento. Eu ficava deprimida com isso.

A falta de harmonia entre membros das equipes dos serviços de saúde também pode afetar as decisões sobre o uso de procedimentos terapêuticos, entre os quais se enquadra o eletrochoque. Um dos motivos de desarmonia alegados é que as prescrições terapêuticas muitas vezes não são objeto de discussão da equipe como um todo. Discussões sobre a centralização de decisões na pessoa do médico (modelo medicocêntrico) são acirradas. O entendimento da Organização

² Os relatos, de entrevistas colhidas para elaboração de relatório técnico (Oliveira, 2002), referem-se a duas instituições diversas, uma do setor privado e outra pública)

Mundial de Saúde (OMS, 2001) é que os projetos terapêuticos devem ser produto de trabalho interdisciplinar, além de envolver o próprio usuário e seus familiares.

O tema da interdisciplinaridade é de suma importância na discussão da *EST*. O choque elétrico é considerado ato médico, mas implica questões mais amplas como Direitos Humanos, ordenação administrativa e Política Social. A elaboração de projetos terapêuticos pressupõe diálogos entre diversos atores, apoia-se em uma atitude administrativo-institucional, extrapola as corporações profissionais. Sua discussão é inevitável em um mundo onde a informação é cada vez mais acessível e nas nações que se propõem à construção de sistemas democráticos.

2.3 Dimensão epistemológica: convicções, dilemas

A Ciência e a Ética propiciam convicções sobre o uso das diferentes formas de tratamento em cada época. Nenhuma das duas é impermeável a pressões políticas, sociais e econômicas. Neste contexto, apresentam-se dilemas cruciais:

- Deve-se defender o uso da ECT?
- Caso positivo, como medida de último recurso ou de primeira linha?
- Em que circunstâncias é aceitável, de direito ou de fato, seu uso?

Estes dilemas podem ser vivenciados, em formas diversas, pelo profissional que deve decidir, na concretude de seu trabalho cotidiano, caso a caso:

- Devo aplicar o choque nesta pessoa que está diante de mim?
- Esta é a melhor decisão para o bem-estar desta pessoa e dos que com eles convivem?
- Minha decisão está realmente baseada na convicção da eficácia terapêutica?
- Que forças podem estar me motivando a utilizar (ou rejeitar) o eletrochoque?

A resposta a estas questões se apoiará, em grande parte, no conhecimento científico. Que respostas são atualmente oferecidas? E como este conhecimento se produziu?

2.4 Dimensão epistemológica: produção de conhecimento sobre ECT

A ciência evolui em equilíbrio dinâmico com o ambiente econômico, político e cultural de sua época. Por isso, não podemos aceitar como definitivas as verdades estabelecidas. As verdades científicas são fluidas - podem mudar.

Os argumentos sobre a prescrição de ECT incluem uma naturalização de algumas verdades previamente estabelecidas:

- É um recurso terapêutico eficaz, particularmente em alguns casos, como de depressão profunda e algumas síndromes psicóticas;
- O tratamento não é desumano, desde que se associem procedimentos como anestesia, uso de relaxantes musculares, disponibilidade de oxigênio e equipe preparada para lidar com intercorrências;
- Os supostos danos e riscos são desprezíveis ou aceitáveis em face dos benefícios;
- Os benefícios podem se estender a várias outras síndromes clínicas.

(ABP/CFM, 2013; KERNER; PRUBIC, 2014; MONCHOVITCH et al, 2014)

Estas afirmações revestem-se de natureza técnica e implicam julgamentos éticos, o que suscita vários questionamentos: Qual a qualidade da produção do conhecimento que embasa estes argumentos? O que realmente sabemos sobre a ação e a eficácia terapêutica da ECT? Qual o conceito de terapêutica embutido na discussão sobre sua aplicação? Quais as interfaces existentes entre áreas de produção de conhecimento implicadas nas questões técnicas, éticas, políticas, jurídicas e culturais que envolvem as decisões sobre seu uso? Em que espaços, no âmbito das correntes de pensamento que produzem estes saberes, são considerados questionamentos, por exemplo, sobre relações de objetificação, sentidos de vida e do ser? A supressão do sintoma é um objetivo maior deste

procedimento? Neste caso, o sintoma define o ser? Tentemos explorar, tanto quanto possível, estas questões.

A maior parte do conhecimento que utilizamos sobre ECT foi produzida entre os anos 1960 e os primeiros anos do século XX. A partir daí grande parte dos estudos disponíveis são replicações que tentam corroborar as verdades anteriormente estabelecidas. Há escassez de estudos que apliquem métodos qualitativamente diferentes dos utilizados nas primeiras fases. Os estudos mais recentes podem ser mais sofisticados, mas mantêm a linha de pesquisa, ou seja, as técnicas de estudo foram aperfeiçoadas, mas não mudaram significativamente as questões de pesquisa, elas seguiram na mesma direção que os estudos do início do século XX. As metodologias que produziram a maior parte do conhecimento sobre ECT são pouco confiáveis, mas com a escassez de espaços acadêmicos de discussão particularmente entre correntes diversas, serviram para cristalizar ideias referentes à sua eficácia (BREEDING, 2016; HOLDEN, 1985; RUNK, 1985).

A referência seminal sobre o valor terapêutico da ECT é o livro do Dr. Richard Abrams, *Electroconvulsive therapy*, cuja última edição revista foi publicada em 2002. Abrams era professor da Universidade de Chicago e proprietário da Somatics, fábrica das máquinas de eletrochoque vendidas em todo o mundo.³ Em um relatório de um grupo de trabalho da American Psychiatric Association (APA), datado de 1990, são citados nada menos que 60 artigos de autoria de Abrams. Ele participou do comitê de elite que planejou a conferência de ECT do National Institute of Health (NIH) em 1985 e do conselho editorial de vários jornais científicos de psiquiatria.

Outra personalidade importante na produção e divulgação de conhecimento sobre ECT é o Dr. Max Fink, parceiro de Abrams em várias publicações e autor de vídeos largamente usados nos hospitais que administram ECT, cujos direitos foram também vendidos para a Somatics, acima citada.

Há, portanto, conflitos de interesses na geração de conhecimento e informação sobre o eletrochoque, que colocam em xeque o sistema de produção deste conhecimento e a atuação de corporações de classe, como a American

³ Sobre as relações de Abrams com a Somatics, ver, por exemplo, <http://www.ect.org/shame/abrams.html>

Psychiatric Association (APA) que avalizam e divulgam, sem revelar estes conflitos, resultados de estudos assim enviesados e as informações deles emanadas.

Vários estudos sobre o valor terapêutico do eletrochoque se seguiram aos do Dr. Abrams, conduzidos em universidades, instituições clínicas-acadêmicas e órgãos públicos e privados. Entretanto, um relatório do National Institutes of Health (NIH) concluiu, pela pobreza da qualidade das pesquisas sobre a ECT e recomendou cautela extrema em sua utilização. À época, o American Psychiatric Journal, de Harvard, publicou um estudo conduzido em 317 áreas metropolitanas. O estudo mostrou que as áreas onde mais se aplica ECT eram pequenos centros metropolitanos com a presença importante de um grande centro universitário, como, por exemplo, Rochester, Minnesota (Clínica Mayo), Ann Arbor, Michigan (Universidade de Michigan) e Iowa City (Centros Médicos da Universidade de Iowa). Mostrou, ainda, que a ECT se encontra entre os tratamentos com maior variabilidade em medicina por conta, entre outros fatores, das disparidades achadas nos estudos conduzidos nas localidades pesquisadas (HOLDEN, 1985).

As reflexões pedindo cautela persistem, entre a classe médica, até os dias atuais. Ciscati (2019) expõe a opinião dos psiquiatras brasileiros, que diante da tentativa de introdução da ECT pelo MS através da NT-11 de 2019, reiteram a necessidade de moderação no uso do procedimento. Autores como Amarante, entretanto, são bem mais incisivos, condenando o uso em qualquer circunstância (DIAS, 2019).

Com base nestas reflexões e nestes fatos podemos analisar alguns aspectos clínicos da *electric shock therapy*.

2.5 Dimensão clínica: surgimento e popularização da ECT na clínica

O uso da ECT iniciou-se em 1938 quando o Dr. Cerletti, psiquiatra italiano, adaptou um par de tenazes utilizadas em matadouros de porcos, usando-as como eletrodos nas têmporas de um engenheiro de Milão de 39 anos, que com ele viajava, na tentativa de tirá-lo de um estado delirante. O efeito principal foi de sedação, mas isso ajudou a controlar o surto, o que levou a sua utilização para sedar pacientes em estado psicótico, em uma época em que não existiam, ainda, as medicações

neurolépticas. Eventualmente o tratamento popularizou-se, junto com o choque insulínico e a lobotomia, usados principalmente nos manicômios públicos, onde milhares de pacientes eram atendidos por um número mínimo de médicos.⁴ A ECT tornou-se, nestes ambientes, um mecanismo de controle de comportamentos, aplicado em larga escala para sedar as massas de pacientes inquietos (SANDS et al, 1987; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Com a síntese dos medicamentos neurolépticos, na década de 1950, o uso da ECT declinou até um mínimo na década de 70. Os psiquiatras recorriam preferencialmente às drogas, mais baratas e fáceis de administrar, e sem o peso das polêmicas levantadas pelo uso dos choques. Adicionalmente, relatos de maus-tratos em hospitais psiquiátricos e discussões sobre a natureza última do tratamento levaram a que se tolerasse cada vez menos os abusos eventualmente perpetrados.

Nos anos 80 a ECT ressurgiu com intensidade, mas acirrou-se, em muitos locais, a resistência a seu uso, com muitas disputas políticas e judiciais. No Estado do Texas, por exemplo, vários movimentos de direitos civis e religiosos contribuíram para a proibição do uso da ECT em crianças e adolescentes com menos de 16 anos, além da obrigação de notificação, por parte de médicos e hospitais, de mortes após 14 dias de tratamento. Em 1998 submeteu-se ao legislativo, naquele Estado, um projeto de lei visando banir a ECT, que não passou, mas mobilizou a discussão pública. Na Califórnia, a cidade de Berkeley banuiu o ECT, mas perdeu a disputa para a APA, que desafiou a constitucionalidade do banimento.

8 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO E RESULTADOS

Tipicamente aplica-se a ECT em blocos, com três aplicações por semana em períodos de tratamento de um mês, embora esta frequência possa variar. O produto imediato mais visível da aplicação são as convulsões. Além destas, pode haver outras reações fisiológicas como emissão de urina, fezes e hipersalivação (“baba”), e logo após a intervenção, confusão mental e perda de memória. Recomenda-se administrar, previamente, procedimentos de suporte, particularmente anestesia e

⁴ Alguns testemunhos relatam, em alguns hospícios nos EUA, relações até de cerca de 10 médicos para 8.000 internos.

relaxantes musculares, em doses suficientes para evitar algumas manifestações convulsivas SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; BREEDING, 2016).

O uso dos procedimentos de suporte constitui um caso à parte, admitindo seus próprios riscos. Além dos riscos naturais do uso frequente dos anestésicos e relaxantes estes procedimentos, segundo alguns, pecam também por visar uma modificação "cosmética," mascarando as manifestações mais impressionantes do choque. Para estes críticos, o foco de análise do risco não deve se fixar na estética do procedimento, mas em sua essência, ou seja, no fato de se aplicar um choque elétrico de magnitude considerável no cérebro, órgão de importância maior no quadro da existência, e do qual entendemos ainda muito pouco. Apesar de um discurso de domínio do saber, a verdade é que não se conhece muito bem o mecanismo de ação ou os efeitos diretos da ECT sobre o cérebro.

O estado de confusão mental e amnésia após o choque se refere principalmente ao período imediatamente anterior e posterior à aplicação. Há, entretanto, controvérsias quanto aos intervalos de tempo sobre os quais se produz a amnésia. Há argumentos de que o intervalo é bem maior do que o comumente descrito na literatura.

Apesar de altamente invasiva e com alto potencial de riscos, a ECT goza de prerrogativas especiais em termos de regulação junto à Food and Drug Administration (FDA), uma das agências governamentais regulatórias da área da saúde dos EUA, que se mostra surpreendentemente benévola quanto às exigências de testes de segurança, área onde a agência é conhecida por seu caráter extremamente restritivo e intransigente.

Quanto aos resultados das aplicações, a APA, em um relatório publicado na década de 1980, relatou que 80% dos pacientes com depressão apresentavam melhora com uso de ECT, de acordo com a escala de Hamilton, contra 60 a 70% de sucesso das drogas antidepressivas. Com base nestas estatísticas, reafirmadas em estudos posteriores, alguns publicados pela própria APA, a corporação passou a propor a ECT como tratamento de primeira linha e não somente como último recurso, e a apoiar o tratamento em crianças já desde oito anos de idade.

Entretanto, outros estudos apontaram que a melhora descrita é temporária: o efeito demonstrado dura, em geral, cerca de um mês, o que levou a recomendações de tratamentos mensais de manutenção ("boosters"). Por causa desta eficácia limitada e dos riscos aumentados com a necessidade dos *boosters*, passou a ser recomendado o cuidadoso monitoramento pós alta.

Em uma exaustiva revisão de artigos, publicada em 1980 por Scoven e Kleinman e comentada em 1987 por Dolores Sands e colegas, foram apontadas falhas metodológicas impactantes nos estudos sobre ECT disponíveis, tais como ausência de grupos controle, falhas nos procedimentos duplo-cego, falta de registro das características dos sujeitos e dos procedimentos terapêuticos e falta de critérios para superações de limitações e aperfeiçoamento da busca de evidências. Considerando o número de questões sem resposta sobre a eficácia, o modo de ação e os efeitos danosos da ECT, os autores apontaram a necessidade de continuar investigando os efeitos, mas utilizando metodologias adequadas.

Outro dado, também pouco divulgado, continua a exigir mais atenção: a alta taxa de recidiva. Em estudos conduzidos em 1993 pela Universidade de Colúmbia, em Nova York, dos 79% pesquisados que se apresentavam melhor uma semana após o tratamento com ECT, 59% apresentavam recidiva dois meses depois. Este é um fator apontado como de reforço ao fenômeno da "porta giratória" – as contínuas altas e reinternações de pacientes em hospitais psiquiátricos.

Revisões recentes atestam que os problemas metodológicos persistem e as muitas interpretações dos resultados de pesquisas são inadequadas, levando a afirmações insustentáveis. Estas revisões indicam, por exemplo, que é muito maior o número de casos em que o procedimento causa perda permanente de memória e que os riscos com o uso da ECT são de magnitude maior que as linhas de pesquisa iniciadas pela APA têm indicado (KOLAR, 2017)

Há depoimentos de pacientes que atestam sua satisfação por terem recebido os choques, alguns deles garantindo que sem o tratamento jamais teriam melhorado sua condição clínica. Alguns relatam que a ECT foi útil em um determinado episódio e que a partir daí conseguiram manter-se com o uso de drogas e sem precisar recorrer ao choque outras vezes. Por outro lado, há o relato de muitas pessoas que

a ele foram submetidas e o lamentam, afirmando que os choques, em pequena ou grande quantidade, lhes trouxeram mais dissabores que benefícios. (ROSE et al, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Entre as indicações da ECT, no escopo da depressão, encontra-se a prevenção de suicídios. Entretanto, não há evidências incontestes desta prevenção. Na verdade, há sugestões de que a ECT possa, em alguns casos, induzir ao suicídio.

Um estudo conduzido pela Universidade de Indiana com 1.500 pacientes psiquiátricos, em 1986, registrou que os pacientes submetidos à ECT cometeram mais suicídio do que o grupo controle, em um período de cinco a sete anos após a alta hospitalar referida. Um caso famoso é o do escritor Ernest Hemingway, que se suicidou em 1961, alguns dias depois de submeter-se ao tratamento na Clínica Mayo. Hemingway teria declarado a seu biógrafo, A. E. Hotchner: "Qual o sentido em arruinar minha mente e apagar minha memória, que é o meu capital, e me colocar fora do mercado? Foi uma cura brilhante, mas perdemos o paciente."

9 MORBIMORTALIDADE

A perda de memória é um dos problemas mais levantados, do ponto de vista da morbidade associada à ECT. Os formulários de consentimento informado produzidos pela APA e apresentados em muitos hospitais americanos diz que "talvez um em 200 pacientes" relatem problemas de memória a longo prazo. Mas há controvérsias. Há psiquiatras e neurocientistas que concordam com a APA em que os problemas de perda de memória ou não são claramente evidenciados ou não apresentam gravidade suficiente para impedir o eletrochoque. Outros, como Harold A. Sackeim, pesquisador do New York State Psychiatric Institute e professor da Universidade de Columbia; Daniel B. Fisher, doutor em neuroquímica que já trabalhou como neurocientista no National Institute of Mental Health (NIMH); e David Oaks, autodeclarado sobrevivente da psiquiatria e diretor da Coalizão de Eugene, Oregon, põem sob suspeita a estatística apresentada nos formulários da APA e afirmam que pouco se sabe sobre o número real de pacientes que sofrem

problemas de memória, inclusive de longo prazo, causados pela ECT (BREEDING, 2016; KOLAR, 2017; ROSE et al, 2003; STONE, 2014)

Quanto à mortalidade, estudos da APA, com seguimentos de 1976 a 1983, apontavam para uma taxa de 1/10.000 pacientes, após 24 horas de aplicação. Esta taxa estatística foi de tal forma promovida que passou a ser tomada como verdade inquestionável e parte constituinte, até hoje, do discurso oficial sobre a ECT, inclusive em livros didáticos de psiquiatria e outras disciplinas da saúde mental.

Entretanto, estes dados ganharam uma diferente interpretação desde que o Estado do Texas passou a exigir dos médicos notificação da morte de pacientes a que se houvesse aplicado ECT nas últimas duas semanas e não apenas no dia posterior à aplicação. Entre junho de 1993 e setembro de 1996 as estatísticas coletadas pelo Departamento de Saúde Mental e Retardamento Mental do Texas, baseadas em cerca de 2.000 casos, apontaram 23 óbitos. Quatro destas mortes foram por suicídio (até uma semana pós-tratamento), quatro por ataques cardíacos, dois casos por complicações anestésicas, oito sem causa esclarecida. Como as autópsias não foram requeridas, não se pode afirmar peremptoriamente pela causalidade. Houve ainda um falecimento por câncer de pulmão e um por acidente automobilístico, como passageiro. Dois terços dos casos estudados eram pessoas com mais de 65 anos, cujas aplicações de ECT foram financiadas pelo Medicare (seguro governamental para idosos) ou pelo Medicaid (seguro governamental para pessoas socialmente vulneráveis). A taxa de mortalidade, com os ajustes devidos, é pelo menos seis vezes maior que a apresentada pela APA.

10 FINANCIAMENTO PÚBLICO E USO EM IDOSOS

A ECT é cara, pois há necessidade das máquinas de choque e sua manutenção e equipamentos de monitoração e suporte, tais como monitores cardíacos e balões de oxigênio. Deve ser realizada, preferencialmente, em ambiente hospitalar,⁵ com pelo menos dois médicos, um deles anestesista, e às vezes três (cardiologista) e com apoio de equipe capacitada. Além disso, implica em

⁵ Embora se use cada vez mais também em ambulatórios. Mas neste caso devem estar devidamente equipados para os procedimentos e possíveis intercorrências.

um seguimento imediato para monitoração de possíveis efeitos danosos e de médio prazo, para observar danos e recidivas. Cada procedimento em si, pode consumir, nos EUA, de USD\$500 a USD\$2.000 em uma média de duração de 15 minutos.

Surpreendentemente, as clínicas privadas americanas, notórias por sua preocupação com os índices de custo-benefício, passaram a apoiar largamente o uso da ECT, a partir de determinado momento. E de uma maneira geral as seguradoras privadas não impõem limitações, como no caso da psicoterapia. Qual seria a explicação?

É na relação da ECT com os seguros governamentais de saúde, como o Medicare, ou seja, com o financiamento público, que se encontra a explicação, não só da boa vontade das clínicas privadas e seguradoras, mas também da mudança de perfil do típico "usuário" do eletrochoque. Na verdade, as duas explicações estão entrelaçadas.

O eletrochoque passou a ser amplamente utilizado, nos EUA, para pessoas idosas. E tornou-se a maior fonte de reembolso na área da psiquiatria, superando largamente o reembolso com medicações e psicoterapia.

Há 40 anos atrás o típico paciente tratado com *EST* tinha menos de 40 anos. Já o típico americano que atualmente se submete à *EST* é uma mulher branca idosa, de classe média ou alta, com diagnóstico de depressão e que recebe o tratamento em um hospital privado.⁶ A conta, quando a paciente tem mais de 65 anos, é paga total ou parcialmente pelo Medicare, o seguro público para idosos.

A mudança de perfil, mais que as transformações demográficas, acompanhou a expansão de abrangência do Medicare e, para alguns, talvez tenha propiciado o aumento de diagnósticos de problemas psiquiátricos em pessoas idosas. Sugere-se que esta mudança de perfil deve-se também à convicção de muitos psiquiatras, consolidada a partir de publicações de R. Abrams (2002; 1997), M. Fink (FINK; SACKEIM, 1996) e seus seguidores, de que a administração de eletrochoque é mais segura que a de drogas psicoativas; e que a prevenção de desidratação e da perda

⁶ Devido a histórias de abuso no passado, muitos hospitais públicos nos EUA não praticam mais a ECT.

de peso, que podem acontecer no caso da depressão, ajuda a justificar o procedimento em idosos (BREEDING, 2016; KERNER; PRUDIC, 2014)

Outro fator coincidente é a pressão sobre a classe médica americana, e que atualmente acontece também no Brasil, para prescrever mais tratamentos de ação rápida, evitando atendimentos mais longos, e consequentemente com menos dedicação a terapias baseadas em vínculos interpessoais.

Alguns estudos sugerem que a ECT não é tão segura para pacientes idosos, sobretudo se há outros problemas médicos, o que é frequente nesta faixa etária. Um estudo, conduzido com 65 pacientes hospitalizados acima de 80 anos, pela Universidade Brown em 1993, mostrou que, em um seguimento de três anos após a administração do tratamento, os que receberam ECT tinham uma taxa de mortalidade mais alta (27% versus 3,6%) que o grupo controle tratado com medicação. Estudos conduzidos na Universidade Washington em Saint Louis em 1987 e no Centro Médico Cornell de Nova York em 1984 sugerem que complicações pós-ECT, inclusive problemas cardíacos e pulmonares, aumentaram com a idade. Um estudo conduzido em 1982 pela clínica Payne Whitney, de Nova York, com pacientes tratados com ECT, mostrou que 28% dos 42 pacientes estudados desenvolveram problemas cardíacos e 70% dos que já apresentavam tais problemas tiveram complicações.

Os estudos corroboram a preocupação com tratamentos perigosos ou inapropriados na idade avançada e propiciaram disputas judiciais como na Corte de Apelações do Estado de Illinois que em 1998 decidiu que o uso de ECT em uma mulher de 82 anos internada em um asilo de idosos e que sofria de demência e depressão crônica, era muito arriscado e não representava o melhor interesse da paciente, revertendo prévia decisão da corte de Chicago que autorizara a aplicação de uma série de 12 eletrochoques na mesma paciente. O juiz, neste caso, expressou fortemente sua opinião contra os argumentos apresentados, que defendiam o tratamento com base em um cálculo do gasto de tempo e dinheiro que a paciente estaria utilizando no hospital. Também no Estado de Wisconsin a agência estadual de proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais atuou de forma importante no caso de nove pacientes, das quais oito acima de 60 anos que,

segundo o relatório judicial. foram submetidas à ECT sob coação (CITIZENS COMMISSIONS ON HUMAN RIGHTS, 1998).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar um procedimento controvertido e de alto risco, o eletrochoque, advogamos por um amplo debate público para fundamentar qualquer decisão estratégica em saúde, como mudanças na Política Nacional de Saúde Mental.

A publicação da Portaria 3.588/2017, tentando instaurar uma “nova política de saúde mental”, afeta negativamente a Rede de Atenção Psicossocial. A NT 11 de 2019 do MS não avalia corretamente o trabalho da RAPS e não incorpora perspectivas importantes, desconsiderando o trabalho de excelência da Rede, reconhecido internacionalmente.

A RAPS é um passo importante para nos distanciarmos de um passado do qual nos envergonhamos, ao tempo em que o hospício de Barbacena representava o que havia de pior em termos de desumanização na saúde, e servia de modelo para milhares de manicômios similares, públicos e privados. Neste cenário o eletrochoque serviu frequentemente como elemento de controle, de abuso de poder e de violação de direitos humanos, notório por sua desmesurada violência e sem evidências confiáveis de sua eficácia terapêutica. Além disso, é um procedimento caro, extremamente oneroso, indesejável em uma situação em que o Estado apregoa austeridade e necessidade de contenção de despesas.

Praticar o eletrochoque com financiamento público, e financiar a volta a um modelo que privilegia os manicômios, constitui um passo em uma direção equivocada e um retrocesso na verdadeira Política Nacional de Saúde Mental.

Neste texto, além das referências mais atuais, nos debruçamos sobre estudos que, de forma enviesada, fabricaram verdades e convicções sobre a eficácia e inocuidade da ECT e que balizam, até hoje, justificativas para seu uso. Embora artigos recentes demonstrem o quanto o choque é obsoleto, como o de John Breeding (2016), o fato é que dados contraditórios à defesa do eletrochoque não

têm sido divulgados nos órgãos onde o tema é mais abordado, os periódicos da área psiquiátrica.

É importante conhecer a história da construção de verdades sobre a ECT. Os efeitos de um choque elétrico sobre o corpo ou sobre o cérebro não são diferentes em qualquer época. Podem mudar as maneiras de controlar efeitos colaterais, mas não os efeitos centrais, com as tecnologias de que dispomos. O uso de anestésicos e relaxantes musculares deixa o choque mais palatável, mas pode constituir apenas um artifício cosmético, ofuscando o que ele realmente representa, além de representarem um risco adicional.

O eletrochoque pode provocar sedação e, de forma temporária, controlar alguns sintomas dos transtornos mentais. Mas a mera supressão de sintomas não pode ser a essência da terapêutica e da busca da recuperação. O sucesso do tratamento é indissociável das condições integrais de vida dos usuários e de suas famílias, nos territórios onde se inserem.

Além dos estudos que põem em dúvida a confiabilidade e inocuidade do eletrochoque, muitas pessoas lamentam terem sido submetidas ao procedimento, afirmando que os choques lhes trouxeram mais sofrimento que benefícios. Em alguns casos, como o de Hemingway, o dilema foi vivenciado tão profundamente que não lhe pareceu haver saída senão a renúncia a uma vida vazia, sem a faísca que alimentava seu gênio.

Questionamos a validade de voltar a privilegiar este procedimento, de alto risco e alto padrão invasivo, e que levanta questões sobre a ética, o grau de humanização, as medidas de sucesso e o custo-benefício, entre outras. A proposta de uso de choques elétricos no serviço público pela atual gestão do MS atenta de forma radical contra a Política Nacional de Saúde Mental. O país precisa garantir que se tomem, de maneira transparente, segura e democrática, decisões que atinjam a saúde, a economia e o bem-estar dos cidadãos.

Há interesses de toda ordem, exacerbados pelo ambiente político. Estamos em uma época em que se flagram continuamente atos contra a liberdade de expressão, controle da informação e manipulação da produção do conhecimento. A saúde é bem público, garantido na Constituição Federal da República e não deve ser

prejudicada por agendas corporativas. As ações em Saúde Mental são essencialmente de natureza interdisciplinar e intersetorial.

A eficácia e a eficiência dos tratamentos em Saúde Mental devem ser consideradas à luz do rigor da Ciência e dos direitos e deveres dos cidadãos. Necessitamos pesquisas abrangentes, respeitando os limites da Ética, do conhecimento disponível e de seus custos. São indicados, em casos específicos, estudos longitudinais que levem em consideração a integralidade do cuidado, do sujeito e suas redes de apoio social, bem como os riscos potenciais dos procedimentos. Pesquisas com uso de várias metodologias, sem conflitos de interesses, com aportes multiprofissionais e interdisciplinares e no âmbito intersetorial, constituem o melhor caminho para que as chamadas evidências não se tornem mais que uma cortina de fumaça.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, R. **Electroconvulsive therapy**. 4th. Ed. New York: Oxford University Press, 2002.

ABRAMS R. The mortality rate with ECT. **Convulsive Therapy**, 13(3):125-127. 01 Set 1997.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMB/CFM. **Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia**. In: Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira. Brasília: AMB/CFM, 2013.

APA – American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)**. Washington, DC: APA, 2013.

BASAGLIA, F. et. al. **A instituição negada** - relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 32p. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso: 19/02/2019.

BRASIL. **Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso 19/02/2019.

BREEDING, J. Electroshock: On how and why it lingers on long after insulin coma shock and lobotomy are gone. **Ethical Human Psychology and Psychiatry**, 18(1): 58- 73. New York, 2016.

CITIZENS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS. **The use of electroconvulsive therapy in elderly patients**. Sacramento, CA: CCHR, 1998. Disponível em <https://www.cchr.org/cchr-reports/elderly-abuse/introduction.html>

CISCATI, R. **Do trauma à esperança**: eletrochoque ganha popularidade, mas médicos pedem moderação. O Globo, 12/3/2019, p. 19. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/3f3166f2dd5ec10718f62723c7d3022ea469719e> Acesso 13/3/2019

COSTA-ROSA, A. Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: AMARANTE, PDC (Org.). **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. p. 141-68. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DIAS, B. Paulo Amarante debate validade da ECT no jornal O Tempo. **Abrasco**, 26/2/2019. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/paulo-amarante-debate-validade-da-ect-no-jornal-o-tempo/39767/> Acesso 13/3/2019.

ENNIS, B; SIEGEL, L. **The rights of mental patients**: The basic ACLU guide to a mental patients' rights. New York: Discus, 1973.

FIGUEIREDO, C. Governo Bolsonaro incentiva eletrochoques e propõe a volta dos manicômios. **Saúde Popular**, 8 Fev 2019. Disponível em https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletrochoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios/?utm_campaign=bdf&%E2%80%A6 Acesso 20/02/2019

FINK, M; SACKEIM, HA. Convulsive Therapy in Schizophrenia? **Schizophrenia Bulletin**, 22, (1): 27– 39. January 1996.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Rio de Janeiro: Graal, 1961.

HOLDEN, C. A guarded endorsement for shock therapy. NIH panel finds it effective for short-term treatment of severe depression; calls for more training and monitoring. **Science**, 228: 1510-17. 1985.

ILLICH I. **A expropriação da saúde**. nêmesis da medicina. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KERNER, N; PRUDIC, J. Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. **Neuropsychiatry** (London). 2014 Feb; 4(1): 33–54.

KESEY, K. **One flew over the cuckoo's nest**. New York: Viking, 1962.

KOLAR, D. Current status of electroconvulsive therapy for mood disorders: A clinical review. **Evid. Based Mental Health**, 20(1): 12-14. DOI 10.1136/eb-2016-102498.

LAING, RD. **The divided self**. Londres: Tavistock Publications, 1960.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, WF. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, 24(4): 1272-1284. Doi: 10.1590/S0104-12902015135741. Rio de Janeiro, 2015.

MOFATT, A. **Psicoterapia do orpimido**. Ideologia e técnica da psiquiatria popular. 2 ed. Trad. Paulo Esmanhoto. S. Paulo: Cortez, 1982.

MOCHCOVITCH, et al. **Guidance on the use of electroconvulsive therapy**. London: National Institute for Clinical Excellence, 2014.

OLIVEIRA, WF. **Qualidade de vida dos moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro**. Relatório técnico. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, 2002. 17p.

OLIVEIRA, WF (Coord.) et al. **Desinstitucionalização: princípios, diretrizes e ações para Santa Catarina**. Relatório técnico. Florianópolis: GT de Saúde Mental/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2010. 21p.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Mental health: new understand, new hope**. World health Report 2001. Disponível em <http://www.who.int/whr/> Acesso em 09/02/2019.

REIS, V. Terapia com eletrochoque: O Globo ouve Paulo Amarante. **Abrasco**, 13/4/2019. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/terapia-com-eletrochoque-o-globo-ouve-paulo-amarante/39935/> Acesso 13/3/2019.

ROSE, D; FLEISCHMANN, P; WYKES, T; LEESE, M; BINDMAN,, J. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. **BMJ**. 326(7403): 1363. 21 Jun 2003.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURIS, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio, F. (org). **Desinstitucionalização**. 2ª. ed. P. 17-59. S. Paulo: Hucitec, 2001.

RUNCK, B. Consensus panel backs cautious use of ECT for severe disorders. **Psychiatric Services**, online, 2016 (Orig. NIMH Report, 1985). Disponível em <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.36.9.943?journalCode=ps> Acesso 13 Fev. 2019.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA; RUIZ, P. (Eds.). **Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry**. (4 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

SANDS, D; MCCARY, RC; BIGLER, C; ERIN, D; BECKER, A; HEATHER, A; WALLER PR. Understanding ECT. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, 25(8): 27-30.1987.

STONE, C.P. Losses and gains in cognitive functions as related to electroconvulsive shocks. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, Apr 1947, 42(2), 206-214. Reedição APA, 2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1037/h0055416> Acesso 20/2/2019.

TASSIS, FP. **Cura, Castigo**: um estudo sobre a criação da eletroconvulsoterapia (ECT) e sua utilização em pacientes no Estado do Espírito Santo. Dissertação de mestrado acadêmico. Vitória, ES: UFES. Publicação 30/08/2.013. Disponível em <http://www.psicologiainstitucional.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGPSI/detalhes-da-tese?id=7363> Acesso 25/2/2019.