

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiza de Direito Dra. Sílvia Maria de Paula Nascimento

**PROCESSO Nº.:** 00113065620178130058

**CÂMARA/VARA:** Vara Única

**COMARCA:** Três Marias

### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**REQUERENTE:** NMADN

**IDADE:** 70 anos

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** F 31.5 (Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave, com sintomas psicóticos)

**PEDIDO DA AÇÃO:** ECT - Eletroconvulsoterapia

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como opção de terapia de manutenção por tempo indeterminado, com ECT - Eletroconvulsoterapia

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 43934

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003190

### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Informar se o tratamento vindicado pela requerente tem cobertura no rol da autarquia e, se é imprescindível para a requerente.

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

Conforme a documentação apresentada, relatório médico datado de 26/04/2017, trata-se de paciente com diagnóstico de transtorno bipolar em episódio depressivo maior grave, evoluindo para quadro de catatonia e sintomas psicóticos. Foram à época prescritas 20 sessões de (ECT) eletroconvulsoterapia em regime ambulatorial.

Consta que apesar do tratamento farmacológico previamente instituído, a paciente persistia com refratariedade, mantendo quadro de recusa alimentar, negativismo, mutismo e grave desorganização do pensamento.

O relatório médico datado de 08/08/2017, traz a informação de que a paciente após o tratamento proposto (20 sessões de ECT), evoluiu com resposta parcial, persistindo com humor depressivo, anedonia e apatia.

Consta ainda declaração do hospital Espírita André Luiz, informando que a paciente fora submetida a tratamento de ECT no período de maio/2014 a julho/2014 (total de 18 sessões), e maio/2015 a junho/2015 (total de 08 sessões).

Foi solicitado tratamento de manutenção com continuidade da realização de sessões de ECT por tempo indeterminado, a priori sem definição de uma data fim, ou do número máximo e da frequência das sessões, considerando o histórico de refratariedade da paciente. Não foi informado quais foram as alternativas terapêuticas previamente utilizadas.

O **transtorno bipolar** é caracterizado por episódios de mania, hipomania e depressão maior. Os subtipos de transtorno bipolar incluem bipolar I e bipolar II. Os pacientes com transtorno bipolar I apresentam episódios maníacos e quase sempre apresentam episódios depressivos maiores e hipomaníacos. O transtorno bipolar II é caracterizado por, pelo menos, um episódio hipomaníaco, pelo menos um episódio depressivo maior e ausência de episódios maníacos.

**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.<sup>7</sup>

Ensaios clínicos randomizados abertos 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, oxigenoterapia), 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 estudo 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, morbilidades 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, diabete insulino dependente, tumores cerebrais, traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, epilepsia, malformações cerebrovasculares e glaucoma de ângulo fechado.

Os efeitos colaterais imediatos mais frequentes da ECT incluem alterações somáticas e cognitivas. As alterações somáticas mais frequentemente encontradas são cefaleia, náusea e vômito, que variam conforme o anestésico utilizado. Podem também ser observadas arritmias cardíacas, geralmente leves e transitórias, em especial nos pacientes com doença cardíaca prévia. A ocorrência de dores musculares e, mais raramente, de fraturas, devido à atividade motora convulsiva também faz parte das complicações associadas à ECT. A ocorrência de fraturas foi praticamente abolida pelo uso dos relaxantes musculares e posicionamento seguro dos pacientes.

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

da ECT.

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

O efeito colateral em longo prazo da ECT mais frequente e que pode ter mais longa duração é a amnésia retrógrada. Apesar de relatos de pacientes de lapsos mnêmicos de eventos passados que não 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.

No **caso concreto**, a documentação médica apresentada data de 2017. Considerando as informações apresentadas, a indicação de ECT para o tratamento do quadro agudo da paciente descrito para a época, está em conformidade com a literatura técnica contemporânea.

Quanto ao tratamento de manutenção, os elementos técnicos apresentados, não permitem afirmar imprescindibilidade de continuidade do tratamento de ECT por tempo indeterminado. Principalmente sem uma estimativa do número e frequência das sessões. Embora o tratamento de manutenção possa ser considerado, ele carece de maior rigor para a sua indicação.

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

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) Resolução CFM nº 2.057, capítulo IX, de 20 de setembro de 2013.

- 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) Protocolo de Eletroconvulsoterapia de 29/06/2009, FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.  
[https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332010552042\\_Eletroconvulsoterapia\\_ECT\\_30\\_06\\_09.pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332010552042_Eletroconvulsoterapia_ECT_30_06_09.pdf)
- 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.revneurosiq.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>

**V – DATA:** 21/10/2022

NATJUS – TJMG