

PROJETO DE LEI Nº de 2001
(Do Sr. Deputado Marcos Rolim)

**Regulamenta
restritivamente o
emprego da
Eletroconvulsoterapia
(ECT) e dá outras
providências.**

Art. 1) A eletroconvulsoterapia (ECT), vulgarmente conhecida como “eletrochoque”, será aplicada, excepcionalmente, em pacientes portadores de sofrimento psíquico apenas quando indicada por profissional legalmente habilitado observadas as seguintes condições:

- I - Ser a aplicação feita exclusivamente por médico;**
- II - Terem sido esgotadas as demais possibilidades terapêuticas ou não sendo recomendável o emprego de outros recursos e estando o paciente em risco de vida;**
- III - O consentimento informado do paciente ou, caso seu quadro clínico não o permita, a autorização de sua família ou representante legal, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da administração do tratamento;**
- IV- Parecer escrito concordante com a indicação de, pelo menos, um profissional de nível superior da área de saúde mental, além do médico psiquiatra que indica a terapia.**

Parágrafo Único - Inexistindo a possibilidade de contatar em tempo hábil qualquer representante da família ou o representante legal, a autorização de que trata o inciso II será substituída por autorização fundamentada do diretor clínico do estabelecimento, sem prejuízo dos demais requisitos estabelecidos nesse artigo.

Art. 2) A aplicação da eletroconvulsoterapia dar-se-á exclusivamente em unidade devidamente aparelhada, em sala especificamente reservada para esse fim, assegurada a privacidade do paciente.

Art. 3) O emprego da eletroconvulsoterapia será precedido pelo necessário procedimento anestésico, pela manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores; pela proteção da arcada dentária; pela proteção das estruturas ósteo-articulares e pela presença do médico responsável pela aplicação até a estabilização dos parâmetros vitais do paciente.

Art. 4) Todas as aplicações de eletroconvulsoterapia deverão ser comunicadas ao Ministério Público no prazo das 24 horas posteriores a sua realização.

Parágrafo Único - No mesmo expediente dessa comunicação deverão ser enviadas ao Ministério Público cópias da autorização e do parecer de que tratam os incisos III e IV do artigo primeiro dessa lei.

Art. 5) Essa Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A eletroconvulsoterapia (ECT), comumente conhecida como eletrochoque, é largamente aplicada no Brasil e na grande maioria dos países em todo o mundo. Trata-se de uma técnica introduzida pelo neurologista italiano Ugo Cerletti ao final dos anos 30 que, desde então, tem motivado uma intensa polêmica. A idéia de que o trauma encefálico, a febre alta e as convulsões poderiam constituir um recurso terapêutico vem sendo sustentada desde a idade antiga. Hipócrates talvez tenha sido o primeiro a observar que as convulsões produzidas pela malária produziam melhoras em pacientes com doenças mentais. Durante o medievo, há registros semelhantes após surtos de febre durante epidemias de cólera em asilos. Em 1786, um médico chamado Roess observou que pacientes mentais melhoravam após a inoculação com vacina contra a varíola. Segundo estudo de Renato Sabbatini (“**A História da Terapia por choque em Psiquiatria**”), muitos médicos notaram ao longo dos séculos que raros eram os casos de esquizofrenia em epiléticos. Essas evidências empíricas foram consolidando a noção de uma provável incompatibilidade entre convulsões e doenças mentais.

Ao início do século passado, entre 1917 e 1935, pelo menos 4 métodos para produzir choque fisiológico foram, então, usados na prática psiquiátrica:

- a) Febre induzida por malária , para tratar paresia neurosifilítica, aplicada em Viena por Julius Wagner-Jauregg, em 1917;
- b) Coma e convulsões induzidas por insulina, para tratar a esquizofrenia, aplicada em Berlim por Manfred J. Sakel, em 1927;
- c) Convulsões induzidas por metrazol, para tratar a esquizofrenia e psicoses afetivas, aplicada em Budapest por Ladislaus von Meduna, em 1934 e
- d) Terapia por coque eletroconvulsivo, aplicada em Roma por Ugo Cerletti e Lucio Bini, em 1937.

O estudo do Dr. Sabbatini resume da seguinte forma essas experiências:

“O primeiro pesquisador a investigar sistematicamente o elo entre febre e doença mental foi o médico austríaco Julius Wagner von Jauregg. Ele observou que pacientes loucos melhoravam consideravelmente após sobreviverem à febre tifóide, erisipela e tuberculose. Impressionado pela coincidência de que todos esses pacientes tinham episódios de febre alta e inconsciência, ele começou a fazer experimentos com vários métodos de induzir febre, tais como infecção por erisipela, injeções de tuberculina, tifóide, etc. sem muito sucesso.

O primeiro grande achado de Wagner-Jauregg aconteceu quando ele tratou a paresia generalizada, uma doença neuropsiquiátrica comum e extremamente grave, causada por neurosífilis avançada (sua verdadeira causa era desconhecida na época). A paresia, também chamada de demência paralítica, era uma doença incurável e quase sempre fatal e os asilos psiquiátricos estavam repletos de pacientes com ela, devido à inexistência de tratamentos efetivos para a sífilis. Essa doença é acompanhada por uma pronunciada degeneração progressiva, incluindo convulsões, ataxia (incoordenação motora), déficits na fala e paralisia geral. Na área mental, ela causa mania, depressão, paranóia e comportamento violento, incluindo suicídio, delírio, perda da memória, desorientação e apatia.

A descoberta de Wagner-Jauregg foi inspirada por uma série de revolucionárias descobertas médicas em microbiologia. Em 1895, Ronald Ross descobriu na Índia que a malária é causada por um parasita transmitido pelo mosquito Anopheles. Em 1905, Schaudinn, na Alemanha, descobriu o agente patológico para a sífilis, o Treponema pallidum. No mesmo ano, Karl Landsteiner provou que a febre era capaz de matar os espiroquetas que causavam a sífilis. No ano seguinte, Wassermann descobriu o teste sorológico para sífilis, o qual é usado até hoje para detectar precocemente a existência da infecção e, em 1908, ele foi usado pela primeira vez para testar o fluido cérebrospinal. Em 1909, após 605 tentativas de achar uma quimioterapia para a sífilis, Paul Ehrlich conseguiu o sucesso com o Salvaran ou o “Composto 606”, à base de arsênico, o qual foi a primeira substância a ser cientificamente projetada para ser usada no combate aos micróbios na história da medicina. Finalmente, em 1913, Noguchi e Moore demonstraram que a paresia generalizada era, de fato, uma infecção do sistema nervoso pela sífilis e esta foi a primeira vez na história médica que um tipo de distúrbio mental ou loucura pôde ser atribuído a uma alteração biológica do cérebro. A escola biológica de psiquiatria tinha conseguido uma tremenda vitória.

Wagner-Jauregg, atento à qualquer associação que surgisse entre febre e paresia, não demorou muito em inocular, em julho de 1917, o sangue contaminado de um soldado malárico em nove pacientes com paresia crônica. O resultado foi impressionante: ele conseguiu recuperação completa em quatro desses pacientes e uma melhora em mais dois. Em seguida, ele elaborou e testou um complexo protocolo

de tratamento em 275 pacientes sífilíticos que tinham risco de adquirir paresia. Primeiro ele testou o sangue e líquido céfalo-raquidiano desses pacientes, usando a reação de Wassermann e, em seguida, os tratou com sangue malárico, seguido por doses de quinino (de modo a brevar a infecção por malária), alternadas com injeções de neosalvarsan, para limpar o sangue de espiroquetas. Seu grau de sucesso foi notável: 83% dos pacientes ficaram livres de contrair paresia. Por essa descoberta, Wagner-Jauregg ganhou o prêmio Nobel em 1927.

Atualmente, a demência paralítica é uma complicação rara da sífilis e o tratamento Wagner-Jauregg foi suplantado pelo uso de antibióticos.

O segundo avanço no tratamento de psicoses por choque ocorreu em 1927, através da descoberta de um jovem neurologista e neuropsiquiatra polonês chamado Manfred J. Sakel. Enquanto era residente do Hospital Lichtenfelde para Doenças Mentais, em Berlim, ele provocou um coma superficial em uma mulher viciada em morfina, usando uma injeção de insulina e obteve uma notável recuperação de suas faculdades mentais.

A insulina tinha sido descoberta em 1921 por dois pesquisadores médicos canadenses Frederick Banting e Charles Best, como o hormônio fabricado pelo pâncreas, responsável pela manutenção do equilíbrio de glicose no corpo. A falta de insulina causa diabetes, ou hiperglicemia (excesso de glicose), enquanto seu excesso natural ou artificial causa hipoglicemia, o que leva ao coma e convulsões devido ao déficit de glicose nas células cerebrais.

Sakel descobriu acidentalmente, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, que o tratamento era eficaz para pacientes com vários tipos de psicose, particularmente a esquizofrenia. Em 1930 ele começou a aperfeiçoar aquilo que se tornou conhecido como a “Técnica de Sakel” para tratar esquizofrênicos, primeiro em Viena, na Clínica de Neuropsiquiatria da Universidade e, a partir de 1934, nos Estados Unidos, para onde fugiu do regime nazista. A comunicação oficial dessa técnica foi feita em setembro de 1933 e foi entusiasticamente recebida. Até então, nenhum tratamento biológico para esquizofrenia estava disponível. A abordagem de Sakel foi um método fisiológico prático e efetivo para atacar a mais debilitante e cruel das doenças mentais. Esta foi uma das contribuições mais importantes jamais feitas pela psiquiatria.

De acordo com os achados de Sakel, 70% dos seus pacientes melhoraram após a terapia do choque insulínico. (...) O entusiasmo inicial foi seguido pela diminuição no uso da terapia por coma insulínico, depois que estudos controlados adicionais mostraram que a cura real não era alcançada e que as melhoras eram, na maioria das vezes, temporárias.

Em 1933, no mesmo ano que Sakel anunciou oficialmente seus resultados, um jovem médico húngaro chamado Ladislaus von Meduna, trabalhando no Instituto Interacadêmico de Pesquisa Psiquiátrica, em Budapeste, deu início àquilo que se tornaria uma abordagem inteiramente nova para o uso do choque fisiológico no tratamento da doença mental. Sem saber das investigações de Sakel, Meduna estudou

os cérebros e as histórias de doença mental de esquizofrênicos e epiléticos e notou que parecia existir um certo antagonismo biológico entre essas duas doenças no cérebro. Maduna raciocinou, então, que convulsões epiléticas puras, induzidas artificialmente, poderiam ser capazes de curar a esquizofrenia.

Ele, então, passou a testar vários tipos de drogas convulsivas em animais e, logo depois, em pacientes também. Seu ideal era alcançar convulsões reproduzíveis e completamente controláveis. A primeira substância que ele testou, em 1934, foi a cânfora, mas os resultados não foram significativos. Ele também testou estriquina, tebaína, pilocarpina e pentilenotetrazol (também conhecido como metrazol ou cardiazol), sempre injetando-as por via intramuscular. Sakel também usou muitas dessas drogas junto com a insulina a fim de aumentar as convulsões, mas nunca sozinhas. Entretanto, o ideal de Meduna foi alcançado somente quando ele experimentou injeções intravenosas de metrazol. As convulsões ocorriam rápida e violentamente e eram dose-dependentes. Após uma série de 110 casos, Meduna pôde registrar uma frequência de altas de 50%, com notável melhora e mesmo alguma ‘curas dramáticas’.

(...) O metrazol era mais barato, muito mais fácil de usar e mais propenso a induzir convulsões de forma repetível. O coma por insulina requeria cinco a nove horas de hospitalização e um seguimento mais trabalhoso, mas ela era facilmente controlada e terminada com injeções de adrenalina e glicose, quando necessário. Por sua vez, o metrazol era mais forte e mais difícil de controlar. A terapia por insulina causava poucos efeitos colaterais, enquanto que as convulsões por metrazol eram tão severas que causavam fraturas espinhais em 42% dos pacientes!

(...) Devido ao surgimento de muitos métodos para tratar doenças mentais, incluindo neuropiléticos e terapia eletroconvulsiva, o metrazol foi gradualmente descontinuado no final dos anos 40 e não mais utilizado. Atualmente, sua importância é unicamente histórica.

(...) Cerletti sabia que o choque elétrico aplicado à cabeça produzia convulsões, pois, como especialista em epilepsia, ele tinha feito experimentos com animais para estudar as consequências neuropatológicas de ataques repetidos de epilepsia. Em Gênova e, posteriormente, em Roma, ele usou equipamentos de eletrochoque para provocar crises epiléticas em cães e outros animais. A idéia de usar o choque eletroconvulsivo em seres humanos ocorreu-lhe pela primeira vez ao observar porcos sendo anestesiados em eletrochoques, antes de serem abatidos nos matadouros de Roma. Ele, então, convenceu dois colegas –Lúcio Bini e L.B. Kalinowski, a ajudá-lo a desenvolver um método e um equipamento para administrar breves choques elétricos em seres humanos.

(...) Aperfeiçoamentos significativos na técnica de eletrochoque foram feitos desde então, incluindo o uso de relaxantes musculares sintéticos, tais como succinilcolina, a anestesia de pacientes com agentes de curta duração, a pré-oxigenação cerebral, o uso de EEG para monitoração da crise, e melhores dispositivos e formas de onda para administrar o choque transcraniano. Apesar desses avanços, a popularidade da terapia eletroconvulsiva diminuiu grandemente nas décadas de 60 e

70, devido ao uso de neuropiléticos mais efetivos e como resultado de um forte movimento politicamente antagônico ao eletrochoque em psiquiatria. Entretanto, a terapia eletroconvulsiva voltou a ganhar evidência nos últimos 15 anos devido a sua eficácia. É a única terapia somática da década de 30 que permanece em uso hoje.

(...) Como aconteceu com a psicocirurgia, a terapia por eletrochoque foi muitas vezes usada de forma polêmica. Em primeiro lugar, ocorreram muitos casos em que o eletrochoque era usado para subjugar e controlar pacientes em hospitais psiquiátricos. Pacientes problemáticos e rebeldes recebiam várias sessões de choque por dia, muitas vezes sem sedação ou imobilização muscular adequadas. O historiador médico David Rothman afirmou, em 1985, que:

‘ A terapia por eletrochoque se destaca de forma praticamente solitária entre todas as intervenções médicas e cirúrgicas, no sentido em que seu uso impróprio não tinha a meta de curar, mas sim o de controlar pacientes para o benefício da equipe hospitalar.’

Na década de 70 começaram a surgir importantes movimentos contra a psiquiatria institucionalizada na Europa e, particularmente, nos EUA. Juntamente com a psicocirurgia, a terapia por eletrochoque foi denunciada pelos partidários dos Direitos Humanos e o mais famoso libelo de todos foi um romance escrito em 1962 por Ken Casey, baseado em sua experiência pessoal em um hospital psiquiátrico no Oregon. Intitulado ‘One Flew Over the Cuckoo’s Nest’, o livro foi posteriormente roteirizado em um filme de grande sucesso dirigido pelo tcheco Milos Forman, que recebeu no Brasil o título de ‘ Um Estranho no Ninho,’ como ator Jack Nicholson. Uma exposição desfavorável na imprensa e na TV desembocaram em uma série de processos jurídicos por parte de pacientes envolvidos em abusos da terapia por eletrochoque.

Em meados de 1970, a terapia por eletrochoque estava derrotada como prática terapêutica. Em seu lugar, os psiquiatras passaram a fazer um uso cada vez maior de novas drogas poderosas, tais como a torazina e outros fármacos antidepressivos e antipsicóticos.”

Essas breves considerações de natureza histórica, oferecidas pela pesquisa de um neurocientista brasileiro, PhD e especialista em informática médica, doutor em neurofisiologia pela USP e professor da UNICAMP, são importantes para que possamos situar concretamente o problema que pretendemos enfrentar com o presente projeto de lei.

Em primeiro lugar, queda evidente o quanto a eletroconvulsoterapia está marcada pelo empirismo – no sentido de que toda a terapia baseia-se em resultados quantificados empiricamente. Mesmo os resultados positivos do

ECT têm sido questionados por muitos estudos e seus efeitos colaterais são bastante significativos para que se sustente, pelo menos, dúvidas procedentes sobre seu emprego. Por outro lado, percebe-se o quanto, ao longo das últimas décadas, tal terapia prestou-se à prática de abusos.

Tais características, somadas ao fato de que a psiquiatria já dispõe de um conjunto de novos medicamentos capazes de enfrentar doenças mentais, fez com que muitos especialistas da área tenham deixado de indicar o ECT.

Seja como for, o fato é que a terapia continua sendo aplicada – em uma dimensão rigorosamente desconhecida no Brasil, mas, seguramente, com muito mais frequência do que se imagina. Ano passado, quando da realização da **I Caravana Nacional de Direitos Humanos**, que visitou clínicas e hospitais psiquiátricos brasileiros em 7 estados, pudemos constatar não apenas a aplicação corriqueira do eletrochoque, como também a absoluta disparidade de critérios no seu emprego. Em um dos hospitais visitados - Dr. Eiras, em Paracambi, RJ, por exemplo, descobrimos que a orientação vigente recomendava a aplicação de ECT sem o emprego de anestesia!

Trabalhamos no presente projeto de lei com a idéia de uma regulamentação restritiva e não com a simples proibição do ECT porque, ainda hoje, segundo a opinião majoritária da comunidade científica, deve-se admitir a possibilidade excepcional de seu emprego em casos muito particulares como, por exemplo, aqueles que envolvem depressões gravíssimas e onde os pacientes não respondem à medicação.

Ao realizarmos essa opção, sintonizamos o projeto com as aspirações democráticas presentes nos principais movimentos em favor dos direitos civis dos pacientes psiquiátricos no mundo. Tal é o caso, por exemplo, da ONG norteamericana *Committee for Truth in Psychiatry*, que reúne mais de 500 pacientes que passaram pelo tratamento de eletrochoque nos EUA. Essa organização vem sustentando como idéias básicas os seguintes pontos:

- a) Que os benefícios produzidos pelo ECT são reais, mas temporários. Que, muito frequentemente, os pacientes tratados com ECT experimentam recaídas em curto espaço de tempo.

- b) Que, independente dos efeitos benéficos, todos os pacientes do ECT experimentarão o efeito colateral de perda prematura de memória o que inclui o apagar da memória pré-choque e ofuscamento e, frequentemente, inclui uma redução permanente na retenção das experiências e aprendizados pós-choque.
- c) Que esses dois efeitos combinados – eventuais benefícios e dano permanente à memória – implicam que o ECT funciona-trabalha estragando o tecido cerebral e que efeitos de relaxamento ou relativo bem estar são clássicos de danos agudos no cérebro como aqueles produzidos por asfixia, concussão, envenenamento por dióxido de carbono, etc.
- d) Que o ECT, comumente, produz, ainda, outros efeitos colaterais como perda do senso de direção, toque, afasia ou dificuldade de fala.

O *Committee for Truth in Psychiatry* não exige o fim do ECT. Sua luta consiste, basicamente, na defesa de uma declaração de consentimento informado que gostariam de ver patrocinada pela FDA ou algum outro órgão governamental.

Pelo projeto que apresentamos, cria-se um procedimento elementar de controle sobre a aplicação do ECT no Brasil, o que, sem qualquer dúvida, contribuirá de maneira eficaz para que o emprego dessa técnica seja substancialmente reduzido. As medidas propostas podem ser alinhadas da seguinte forma:

- a) Definimos que o emprego do ECT constitui procedimento excepcional;
- b) Que a indicação do tratamento e sua aplicação só podem ser feitas por médico;
- c) Estabelecemos as condições mínimas a serem observadas para a aplicação do ECT;
- d) Criamos um procedimento de consentimento informado;

- e) Estabelecemos a necessidade de uma autorização compartilhada pelo médico com outro profissional da área de saúde mental;
- f) Criamos um mecanismo de comunicação automática ao Ministério Público de toda e qualquer aplicação do ECT em expediente próprio com cópia das autorizações.

Tais medidas, que nos parecem absolutamente necessárias, são complementares à Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil e são por ela inspiradas. Possivelmente, o destino reservado à eletroconvulsoterapia haverá de confirmar a tendência ao seu completo desuso. Esse, entretanto, é um desafio que não se enfrenta apenas com a manifestação de uma vontade. Aqui, como em outros momentos, nossas aspirações devem dialogar com a ciência e orientar as próprias pesquisas no sentido de que o ECT possa, tão rapidamente quanto possível, ser apenas uma referência na história da psiquiatria. Enquanto esse resultado não puder ser colhido, que trabalhemos firmemente pela criação de mecanismos eficazes que evitem a aplicação abusiva do ECT e, inclusive, o seu uso disciplinar na lógica manicomial e que se elimine o descritério e a produção de sofrimento preente em tantas aplicações.

Tendo presente a importância e a urgência do tema, solicitamos aos nobres pares a aprovação do presente projeto de lei.

Deputado Marcos Rolim –PT/RS