



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.611-B, DE 2007

(Do Sr. Pepe Vargas)

Regulamenta restritivamente o emprego da Eletroconvulsoterapia (ECT) e dá outras providências; tendo pareceres: da Comissão de Seguridade Social e Família, pela rejeição deste e pela aprovação do de nº 3.553/08, apensado (relator: DEP. DARCÍSIO PERONDI); e da Comissão de Finanças e Tributação, pela não implicação da matéria com aumento ou diminuição da receita ou da despesa públicas, não cabendo pronunciamento quanto à adequação financeira e orçamentária deste e do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família, com emenda, e pela incompatibilidade e inadequação financeira e orçamentária do de nº 3.553/08, apensado (relator: DEP. PEDRO NOVAIS).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD)

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

SUMÁRIO

I – Projeto inicial

II – Projeto apensado: 3.553/08

III – Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- parecer do relator
- complementação de voto
- substitutivo oferecido pelo relator
- parecer da Comissão

IV – Na Comissão de Finanças e Tributação:

- parecer do relator
- emenda oferecida pelo relator
- parecer da comissão

Art. 1º) 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. 2º) 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. 3º) 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. 4º) 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. 5º) Essa Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O projeto que estamos apresentando à apreciação desta Casa é foi originalmente apresentado pelo ilustre ex-deputado Marcos Rolim e, devido a questão regimental foi arquivado ao final do ano legislativo de 2002, quando, inclusive, o referido ex-parlamentar não logrou êxito, não tendo retornado para esta Câmara dos Deputados. O texto abaixo, constante na justificativa original, oferece os argumentos necessários que destacam sua importância.

“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), défits 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 fluído cérebroespinal. 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 parálitica 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 Lichterfelde 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. Meduna 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 estricnina, 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 ministrar 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 préoxigenação cerebral, o uso de EEG para monitoração da crise, e melhores dispositivos e formas de onda para ministrar 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 presente em tantas aplicações.

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

Sala das Sessões, em 12 de dezembro de 2007.

Pepe Vargas
Deputado Federal –PT/RS

PROJETO DE LEI N.º 3.553, DE 2008

(Do Sr. Germano Bonow)

Inclui a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-2611/2007. EM VIRTUDE DESTA APENSAÇÃO, REVEJO, POR OPORTUNO, O DESPACHO APOSTO AO PL 2.611/07, PARA INCLUIR A COMISSÃO DE FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO QUE SE MANIFESTARÁ QUANTO À ADEQUAÇÃO FINANCEIRA OU ORÇAMENTÁRIA, APÓS À COMISSÃO SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA. PUBLIQUE-SE.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde disponibilizará o procedimento eletroconvulsoterapia sempre que houver indicação médica para seu uso.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT), quando bem indicada, mostra-se altamente eficaz e segura. Vem sendo utilizada há mais de 70 anos para o tratamento de condições psiquiátricas graves, quando outras terapêuticas não obtêm sucesso. Atualmente, estima-se que 50 mil pessoas recebam ECT anualmente nos Estados Unidos.

A sua principal indicação ocorre em casos de depressão profunda e resistente às medicações disponíveis, situação em que apresenta alta eficácia. Além disso, pode ser utilizada também para pacientes com esquizofrenia ou transtorno bipolar.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a ECT é indicada para os pacientes que necessitam resposta terapêutica mais rápida do que os tratamentos convencionais; quando a farmacoterapia não pode ser tolerada pelo paciente; em gestantes, quando o risco de malformação fetal induzida pela farmacoterapia é elevado e quando não há resposta terapêutica aos tratamentos convencionais.

Apesar da posição clara dos especialistas sobre sua utilidade, a ECT ainda é vista pela população geral como um procedimento agressivo e primitivo, cercado de preconceito. Além disso, o procedimento não consta da tabela atual de procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), motivo pela qual não vem sendo custeado. É por esses motivos, e considerando sua segurança e eficácia, que a ABP assumiu como uma de suas prioridades a desmistificação do procedimento.

Pelo acima, conto com o apoio de meus Pares no sentido de aprovar este Projeto de Lei, que visa a sanar uma importante falha na atual tabela do SUS.

Sala das Sessões, em 11 de junho de 2008.

Deputado **GERMANO BONOW**

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I - RELATÓRIO

O presente projeto de lei estabelece uma série de medidas com o fito de restringir o uso do ECT no Brasil: necessidade de consentimento informado do paciente; parecer escrito concordante de outros profissionais de nível superior da área de saúde mental ou do diretor clínico da instituição; comunicação ao Ministério Público das aplicações realizadas. Além disso, detalha alguns procedimentos obrigatórios quando da sua aplicação.

O projeto foi originalmente apresentado pelo ex-Deputado Marcos Rolim, havendo sido arquivado em 2002. Na atual exposição de motivos, o Autor retoma a justificação original, que apresenta extenso histórico do uso de

procedimentos convulsogênicos para o tratamento de enfermidades psiquiátricas. Aponta, no entanto, para abusos em sua utilização e controvérsias quanto aos resultados obtidos, motivos pelos quais defende que o procedimento deva ser abandonado. No entanto, em face de ainda haver algumas indicações, propõe apenas restringir sua aplicação.

O Projeto de Lei nº 3.533, de 2008, apensado, inclui a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas ao projeto.

Esta Comissão de Seguridade Social e Família será a única a se pronunciar a respeito do mérito da proposição, que dispensa a apreciação do Plenário, por ter caráter conclusivo nas comissões. Em seguida, será apreciada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, a respeito da sua constitucionalidade, regimentalidade e juridicidade.

Cabe a esta Comissão de Seguridade Social e Família a análise da proposição do ponto de vista sanitário e quanto ao mérito. Eventuais ponderações acerca da redação ou da técnica legislativa deverão ser apontadas pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

II – Análise

A Eletroconvulsoterapia sempre foi considerada o tratamento mais controverso e polêmico da psiquiatria. A natureza, o histórico de abuso, as apresentações desfavoráveis da mídia, testemunhos de pacientes que se julgaram lesados, a atenção especial do sistema legal e a opinião leiga tão convincente quanto desinformada, contribuíram para o contexto extremamente controverso da eletroconvulsoterapia.

Se compararmos a psiquiatria com a cardiologia, veremos que a segunda sempre foi muito bem vista pela população. Na cardiologia o fortíssimo choque elétrico de 600 volts aplicados no peito para reverter uma fibrilação cardíaca, é tido sempre como medida heróica e aplaudida. Estamos bastante acostumados com ela, muitos são os filmes que mostram esta cena.

Na psiquiatria, a voltagem empregada é muitíssima menor, entretanto, o choque aplicado nas têmporas é criticado e condenado não apenas pela mídia e, conseqüente e inevitavelmente pela sociedade, mas, inclusive, por pessoas ligadas à área de saúde mental. Será que essas pessoas acreditam, de fato, que a morte por parada cardíaca é mais letal que a morte causada pelo suicídio?

A ECT foi introduzida na psiquiatria era pré-farmacológica e foi comumente usada como tratamento de primeira escolha para a depressão e esquizofrenia, principalmente o tipo catatônica. Atualmente a ECT é um tratamento biológico altamente eficaz e bem estabelecido para transtornos psiquiátricos, com poucos e relativamente benignos efeitos colaterais é muito bem empregado mediante o uso de anestésicos e relaxantes musculares.

A ECT é usada principalmente para os quadros depressivos graves, com ou sem sintomas psicóticos, nos episódios de mania aguda e, menos, na esquizofrenia, principalmente no tipo catatônica. Para pacientes com depressão grave e sintomas psicóticos, a ECT é a indicação mais efetiva entre os tratamentos atualmente disponíveis, com início do efeito mais rápido que os psicotrópicos (antidepressivos ou antipsicóticos).

Quando se compara a ECT aos psicotrópicos, de um modo geral, as evidências apontam para um benefício maior da ECT, freqüentemente exercendo um bom efeito, em prazo curto, principalmente com relação ao risco de suicídio. No início do uso dos antidepressivos a ECT era tida como critério de avaliação (padrão) da eficácia desses medicamentos. Inicialmente chegava-se à conclusão que o ECT oferecia uma resposta 20% mais alta, quando comparada aos antidepressivos tricíclicos e 45% mais alta quando comparada aos antidepressivos IMAOs.

O uso da ECT em idosos e em gestantes é reconhecidamente muito mais seguro do que a utilização de medicamentos. Os idosos também representam alta porcentagem de receptores de ECT, presumivelmente porque a ECT tem perfil de segurança clínica superior, comparando-se a algumas alternativas

farmacológicas e porque as taxas de resistência à medicação e de intolerância são elevadas entre os idosos

Principais Indicações de ECT

- 1) Risco de suicídio
- 2) Episódios depressivos resistentes
- 3) Episódios depressivos graves com sintomas psicóticos
- 4) Episódios depressivos em idosos
- 5) Episódios depressivos em gestantes
- 6) Episódios maníacos em gestantes
- 7) Episódios maníacos graves com sintomas psicóticos
- 8) Episódios maníacos resistentes
- 9) Depressão da Doença de Parkinson
- 10) Síndrome Neuroléptica Maligna

Curso do tratamento

A ECT costuma ser realizada três vezes por semana, levando uma média de 6 a 12 aplicações para apresentar o seu efeito (mínimo de 1 e máximo de 20 aplicações).

Pode ser feita com o paciente internado ou em regime ambulatorial (o paciente vem da sua casa para a sessão e, depois que acorda da anestesia, volta para casa).

A frequência e o número das aplicações é decidido pelo consenso entre o médico do paciente que indicou a ECT e a equipe especializada.

Se o paciente responde bem ao tratamento, pode ser realizada a ECT de manutenção, na qual as aplicações vão sendo espaçadas (primeiro semanalmente, depois quinzenalmente e, por fim, mensalmente).

Não há limite para o número máximo de aplicações que uma pessoa pode receber em um esquema de manutenção.

Desinformação

É preciso combater a desinformação em relação a ECT, bem como, depurar das opiniões sobre o tema, as simpatias mais apaixonadas, como pode acontecer em relação à psiquiatria eminentemente biológica, psicológica, farmacológica, alternativa e outras. O que se deve fazer é uma avaliação a mais científica e estatística possível.

III - VOTO DO RELATOR

Por todo o exposto, considero que a eletroconvulsoterapia, por ser um procedimento eficaz, seguro e deve ser mantido na nossa prática médica, bem como disponibilizado a toda a população através do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, voto pela aprovação do Projeto de Lei nº 3.533, de 2008 e pela rejeição do PL 2611, de 2007.

Sala da Comissão, em 14 de outubro de 2009.

Deputado DARCÍSIO PERONDI

Relator

COMPLEMENTAÇÃO DE VOTO

O debate saudável realizado nesta Comissão em torno do parecer que ofereci aos Projetos de Lei 2611 de 2.007 e 3533 de 2008, proporcionou um grande avanço para a utilização da Eletroconvulsoterapia.

O novo texto aprova na íntegra o Projeto do Deputado Germano Bonow e retira do Projeto do Deputado Pepe Vargas a necessidade de comunicação prévia ao Ministério Público quando a ECT for utilizada em tratamentos, bem como retira a necessidade de se utilizar a ECT somente após se esgotar as demais modalidades de tratamento possíveis.

Neste sentido, tendo em vista o acordo possível, voto pela aprovação dos Projetos de Lei nº2.611, de 2007 e do PL 3.533, de 2008, na forma do presente substitutivo.

Sala da Comissão, em 25 de novembro de 2009.

**Deputado DARCÍSIO PERONDI
RELATOR**

**SUBSTITUTIVO AOS PROJETOS DE LEI
Nº 2.611, DE 2007 e PL 3.533, de 2008**

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

Art. - 1º A eletroconvulsoterapia (ECT) será aplicada por profissionais legalmente habilitados em pacientes portadores de transtornos mentais severos, observadas as seguintes condições:

I – Ser a aplicação feita exclusivamente por médico;

II – 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.

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

Art. 3º - O Sistema Único de Saúde disponibilizará o procedimento eletroconvulsoterapia sempre que houver indicação médica para seu uso.

Art. 4º - O Ministério da Saúde será responsável pela normatização desta lei.

Art. 5º - Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Deputado DARCÍSIO PERONDI

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente o Projeto de Lei nº 2.611/2007, e o PL 3553/2008, apensado, com substitutivo, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Darcísio Perondi, que apresentou complementação de voto.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Elcione Barbalho - Presidente, Fátima Pelaes, Eduardo Barbosa e Dr. Paulo César - Vice-Presidentes, Acélio Casagrande, Alcení Guerra, Angela Portela, Antonio Bulhões, Armando Abílio, Arnaldo Faria de Sá, Bene Camacho, Chico D'Angelo, Darcísio Perondi, Dr. Talmir, Geraldo Resende, Germano Bonow, Jô Moraes, Jofran Frejat, José C. Stangarlini, Lael Varella, Manato, Maurício Trindade, Raimundo Gomes de Matos, Ribamar Alves, Rita Camata, Roberto Alves, Saraiva Felipe, Bel Mesquita, Eleuses Paiva, Jorginho Maluly, Leonardo Vilela, Mauro Nazif e Neilton Mulim.

Sala da Comissão, em 25 de novembro de 2009.

Deputada ELCIONE BARBALHO
Presidente

COMISSÃO DE FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO

1. RELATÓRIO

O Projeto de Lei em epígrafe, de autoria do Deputado Pepe Vargas, pretende regular a aplicação da eletroconvulsoterapia (ECT), com o intuito de restringir o seu uso no país. Nesse sentido, estabelece uma série de medidas, tais como: permitir sua aplicação somente depois de esgotadas outras possibilidades terapêuticas; exigir consentimento do paciente ou, caso seu quadro clínico não permita, autorização de sua família ou de representante legal; parecer escrito concordante de outros profissionais de nível superior da área de saúde mental; comunicação ao Ministério Público das aplicações realizadas.

Por se tratar de matéria conexa, foi apensado à proposição em pauta o Projeto de Lei nº 3.553, de 2008, de autoria do Deputado Germano Bonow, que inclui a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo

Sistema Único de Saúde - SUS.

Apreciados pela Comissão de Seguridade Social e Família - CSSF, os Projetos foram aprovados na forma de Substitutivo, com complementação de voto, em termos mais flexíveis que a proposição original, visto que retira a obrigatoriedade de esgotar outras possibilidades terapêuticas antes de se optar por tal tratamento, e de comunicar ao Ministério Público todas as aplicações realizadas. Além do mais, passa a incluir a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo SUS.

Encaminhados à Comissão de Finanças e Tributação, fomos honrados com a designação para relatá-los.

Aberto o prazo regimental, não foram apresentadas emendas.

É o relatório.

2. VOTO

Conforme relatado, cabe a esta Comissão manifestar-se quanto à compatibilidade e adequação financeira e orçamentária da proposição principal e seu apenso, não lhe sendo cabível, portanto, discorrer sobre aspectos meritórios.

De acordo com o Regimento Interno, somente aquelas proposições que "importem aumento ou diminuição de receita ou de despesa pública" estão sujeitas ao exame de compatibilidade ou adequação financeira e orçamentária. Neste sentido dispõe também o art. 9º de Norma Interna, aprovada por esta Comissão, em 29.05.96, *in verbis*:

"Art. 9º Quando a matéria não tiver implicações orçamentária e financeira deve-se concluir no voto final que à Comissão não cabe afirmar se a proposição é adequada ou não."

Da análise efetuada, fica evidenciado que o Projeto de Lei nº 2.611, de 2007, por regular a aplicação da eletroconvulsoterapia (ECT) no país, não traz implicação financeira ou orçamentária às finanças públicas em termos de acréscimo ou redução das receitas e despesas federais.

O mesmo, porém, não se pode dizer com relação ao Projeto de Lei nº 3.553, de 2008, apenso, e ao Substitutivo aprovado pela CSSF, visto ambos incluírem a eletroconvulsoterapia entre os procedimentos disponibilizados pelo SUS. Por tratar-se de procedimento atualmente não custeado pelo referido Sistema, a aprovação da medida implicará custos novo, que devem ser considerados.

Nesse sentido, há que se observar o disposto no artigo 17, §§ 1º e

2º, da referida LRF. Pelo que dispõe o § 1º, o ato que criar ou aumentar despesa de caráter continuado deverá ser instruído com estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que entrar em vigor e nos dois subsequentes e demonstrar a origem dos recursos para o seu custeio. O § 2º determina que tal ato deva estar acompanhado de comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, serem compensados pelo aumento permanente de receita ou redução permanente de despesa.

A LDO, por sua vez, em sintonia com a LRF, determina que qualquer proposição legislativa que importe ou autorize diminuição de receita ou aumento de despesa da União deve estar acompanhada de estimativas desses efeitos no exercício em que entrar em vigor e nos dois subsequentes, detalhando a memória de cálculo respectiva e correspondente compensação, para efeito de adequação orçamentária e financeira e compatibilidade com as disposições constitucionais e legais que regem a matéria.¹

Nessa mesma linha, mencione-se a Súmula CFT nº 1/08, de 29.10.2008, que exige das proposições em tramitação a estimativa de seu impacto orçamentário-financeiro e correspondente compensação, nos seguintes termos:

“Súmula 01 - É incompatível e inadequada a proposição, inclusive em caráter autorizativo, que conflite com as normas da Lei de Responsabilidade Fiscal e deixe de apresentar estimativa de seu impacto orçamentário e financeiro bem como respectiva compensação.”

A análise das citadas proposições revela que em nenhuma delas tais requisitos estão sendo observados. Ao não apresentarem a estimativa do impacto e a devida compensação de despesas, desatendem a LRF (art. 17) e a LDO (Art. 88), bem como a Súmula 01/08 da CFT, o que impossibilita considerá-las adequadas ou compatíveis sob os aspectos orçamentário e financeiro.

Contudo, no que tange ao Substitutivo da CSSF, tal óbice pode ser perfeitamente contornado mediante simples supressão do seu art. 3º, que insere tal procedimento no âmbito do SUS. Sendo assim, para torná-lo adequado e compatível sob os aspectos orçamentário e financeiro, estamos apresentando a emenda de adequação nº 01.

¹ Art. 88 da Lei nº 12.465/2011 (LDO 2012) e art. 90 da Lei nº 12.708/2012 (LDO 2013).

Diante do exposto, somos pela:

- a) **não implicação em aumento ou diminuição de despesas ou receitas públicas** do Projeto de Lei nº 2.611, de 2007; e do Substitutivo aprovado pela CSSF, com a alteração produzida pela emenda de adequação nº 01 desta CFT; e
- b) **incompatibilidade e inadequação orçamentária e financeira** do Projeto de Lei nº 3.553, de 2008, apenso.

Sala da Comissão, em 6 de novembro de 2012.

Deputado Pedro Novais
Relator

PROJETO DE LEI N.º 2.611, de 2007

“Regulamenta restritivamente o emprego da Eletroconvulsoterapia (ECT) e dá outras providências”

EMENDA DE ADEQUAÇÃO Nº 01 AO SUBSTITUTIVO APROVADO PELA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA - CSSF

“Suprima-se o art. 3º do Substitutivo da CSSF”

Sala da Comissão, em 6 de novembro de 2012..

Deputado Pedro Novais
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Finanças e Tributação, em reunião ordinária realizada hoje, concluiu unanimemente pela não implicação da matéria com aumento ou diminuição da receita ou da despesa públicas, não cabendo pronunciamento quanto à adequação financeira e orçamentária do Projeto de Lei nº 2.611/07 e do Substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família, com emenda, e pela incompatibilidade e inadequação financeira e orçamentária do PL nº 3.553/08, apensado, nos termos do parecer do Relator, Deputado Pedro Novais.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

João Magalhães - Presidente, Assis Carvalho, João Lyra e Mário Feitoza - Vice-Presidentes, Aelton Freitas, Afonso Florence, Alexandre Leite, Alfredo Kaefer, Amauri Teixeira, Cláudio Puty, Dr. Ubiali, Genecias Noronha, Giroto, Guilherme Campos, João Dado, José Guimarães, José Humberto, José Priante, Júlio Cesar, Lucio Vieira Lima, Manoel Junior, Mendonça Filho, Pedro Novais, Vaz de Lima, Giovani Cherini, Leonardo Gadelha, Luis Carlos Heinze, Nelson Marchezan Junior, Osmar Júnior e Toninho Pinheiro.

Sala da Comissão, em 20 de março de 2013.

Deputado JOÃO MAGALHÃES
Presidente

FIM DO DOCUMENTO
