



**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA  
DA ELETROCONVULSOTERAPIA: INDICAÇÕES ATUAIS A PARTIR DE UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Gabrielle Biondo

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE PSICOLOGIA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA  
DA ELETROCONVULSOTERAPIA: INDICAÇÕES ATUAIS A PARTIR DE UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia,  
sob a orientação da Profa. Dra. Verônica Bohm.

Gabrielle Biondo

Caxias do Sul, 2019

## AGRADECIMENTOS

Ao longo da minha trajetória acadêmica desafios surgiram, inúmeros sentimentos foram vivenciados, grandes aprendizados se construíram e experiências se mostraram. Tudo isso se tornou possível, porque tive vocês do meu lado, se fazendo presente de todas as formas possíveis. Por isso agradeço:

...aos meus pais Ricardo e Viviane Biondo, pelo apoio, incentivo e ajuda na realização e finalização da minha graduação, suportando comigo os momentos mais difíceis, onde por vezes, não conseguia enxergar qual seria o próximo passo. Vocês foram e são meu porto seguro.

...a minha irmã Ana Luiza Biondo, por ser meu alicerce, minha companhia, minha cara metade e por estar comigo em todos os momentos da minha vida. Sem você, nada disso seria possível, pois quero ser alguém que você poderá ter orgulho.

...ao meu noivo Ricardo Augusto Lizot por entender meus momentos de ausência, de angústia e ansiedade, estando do meu lado em todos os momentos, me apoiando e acreditando em mim, quando eu mesma não acreditava. Você foi aquele que aguentou minhas reclamações constantes, os momentos de desespero, os choros intermináveis e por isso, você sempre terá minha gratidão.

...a minha professora e paraninfa Verônica Bohm por ter depositado em mim sua confiança, nunca medindo esforço para sustentar comigo o direito de realizar o meu sonho, ser psicóloga. Obrigada por estar comigo, por estar presente nesse momento e por ter me ajudado a conseguir finalizar uma etapa muito importante da minha vida.

...aos meus amigos, por estarem comigo, cuidando de mim e da minha felicidade, tentando com grande esforço trazê-la nos momentos de fraqueza e infelicidade. Agradeço a vocês por estarem presentes na minha vida e festejaremos essa vitória juntos.

...a minha psicóloga e ex. professora Paula Mattana que por vezes, agradecer não se torna o suficiente, pois foi você quem esteve comigo nos momentos mais difíceis da minha vida, estando do meu lado, lutando junto comigo, estendendo a mão, me oferece amparo, conhecimento, me fazendo questionar e refletir sobre minha vida e sobre eu mesma. Você é meu exemplo, a profissional que eu quero ser, por isso não sei neste instante como retribuir tudo o que você fez por mim, mas um dia encontrarei uma maneira de fazê-lo.

Hoje, mais um ciclo se encerra e a todos vocês, de todo meu coração e com toda a importância que cada um tem em minha vida, assim, como os que não foram citados nomes, mas sabem o lugar que ocupam, o meu muito obrigada. Gratidão por fazerem parte dessa conquista!

*“Sem aprendizado correto a popularização leva à  
aceitação superficial sem estudo sério.  
As pessoas apenas repetem as frases que aprendem  
no teatro ou na imprensa [...]”*

Sigmund Freud (1926)

## RESUMO

O objetivo do trabalho é identificar como a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) contempla a prática da eletroconvulsoterapia (ECT) na humanização dos tratamentos em saúde mental a partir da visão da psicologia. Para atender ao objetivo geral, foram elencados aspectos relevantes da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, descrevendo a eletroconvulsoterapia na perspectiva atual, destacando indicações e benefícios, além de identificar contribuições do psicólogo sobre a ECT no movimento da RPB. A metodologia se caracteriza por uma pesquisa qualitativa exploratória e interpretativa, configurando-se como uma pesquisa bibliográfica. Utilizou-se como base de dados a Biblioteca Virtual *SCIELO*, analisando artigos científicos no período de 15 anos. No referencial de análise, aplicou-se análise de conteúdo, criando duas categorias, onde respectivamente foram dadas em três subcategorias. A primeira categoria descrita como Eletroconvulsoterapia dividiu-se em três subcategorias, contabilizando 12 artigos científicos: Definição da eletroconvulsoterapia, uso da eletroconvulsoterapia em pacientes com doenças psiquiátricas e a eletroconvulsoterapia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Já a segunda categoria, com o título Reforma Psiquiátrica Brasileira dividiu-se em três subcategorias, abarcando 16 artigos científicos: História da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e profissionais da saúde frente à Reforma Psiquiátrica Brasileira. O estudo apontou para o fato de a técnica de eletroconvulsoterapia é uma modalidade interventiva da psiquiatria, inaugurada na década de 30 utilizada ininterruptamente até hoje. Além disso, a eletroconvulsoterapia se mostra eficaz em pacientes com sintomas depressivos, maníacos e psicóticos graves. Com o avanço da sua técnica, a ECT tornou-se um procedimento seguro devido aos cuidados durante e após a sua realização, tratando-se principalmente da utilização de tratamento como: psicoterapia, psicofarmacologia e consultas médicas regulares no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, com as discussões conceituais analisadas, verificou-se que a saúde mental deve ser vinculada aos direitos humanos, promovendo-a, trazendo qualidade de vida ao indivíduo com doença mental. Porém, a eletroconvulsoterapia possui estigmas ruins, tornando-se um assunto polêmico, se apresentando controverso tanto para profissionais voltados na área da saúde, como a sociedade, devido a sua associação aos manicômios/asilos empregada no passado, sem controle e/ou conhecimento, sendo administradas altas doses de eletricidade sem anestesia, levando à perda de memória, osses fraturados e outros efeitos colaterais graves.

**Palavras-chave:** psiquiatria; psicologia; eletroconvulsoterapia; humanização; Reforma Psiquiátrica.

## SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO .....	7
OBJETIVOS .....	10
Objetivo Geral.....	10
Objetivos Específicos .....	10
REVISÃO DA LITERATURA .....	11
MÉTODO .....	20
4.1. Delineamento .....	20
4.2. Fontes.....	21
4.3. Instrumento .....	21
4.4. Procedimentos.....	21
4.5. Referencial de Análise .....	22
RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	24
5.1. Eletroconvulsoterapia (ECT) .....	24
5.1.1. Definição da eletroconvulsoterapia .....	24
5.1.2. Uso da eletroconvulsoterapia em pacientes com doenças psiquiátricas .....	26
5.1.3. A eletroconvulsoterapia na Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	29
5.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).....	32
5.2.1. História da Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	32
5.2.2. Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	35
5.2.3. Profissionais da saúde frente a Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	50

## INTRODUÇÃO

Ao longo do percurso acadêmico na Universidade de Caxias do Sul surgiu o interesse em disciplinas na área da psicopatologia, que apresentam transtornos mentais, sendo possível aprender a hipotetizar e a diagnosticá-los. Ao estudar psicofarmacologia e neurociência, novas possibilidades de tratamento foram apresentadas, além da psicoterapia. O conhecimento dos tratamentos farmacológicos, bem como a necessidade de considerar tratamentos alternativos, se apresentam importantes. Porém, o acompanhamento psicológico se apresenta de maneira fundamental, porque possui a função de atuar diretamente no problema, trata e previne sua reincidência no futuro, buscando restabelecer a saúde mental ao paciente.

Durante a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), os trabalhadores de Saúde Mental lutaram por uma sociedade isenta de manicômios, com o objetivo de desospitalização e reinserção do indivíduo com doença mental na sociedade, desencadeando um processo de humanização e um olhar focado neste paciente. O psicólogo como trabalhador de saúde, tem por características estudar o comportamento e a mente humana, compreendendo os processos mentais e comportamentais, com o objetivo de promover saúde mental e boa qualidade de vida ao sujeito. Assim, com a evolução da psicologia como ciência, acompanhada pelo avanço tecnológico, se mostrou na RPB de suma importância, pois com a existência de inúmeros tratamentos, a psicologia vem para beneficiar tantos os pacientes, como profissionais da saúde envolvidos nesse movimento.

No decorrer do meu intercâmbio em Portugal, na Universidade de Coimbra (UC), tomei conhecimento que a eletroconvulsoterapia (ECT) é muito utilizada naquele país, sendo a UC um centro de referência deste tema em Portugal. A técnica é valorizada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, é apresentado aqui, como uma alternativa de tratamento.

ECT é uma técnica que em tempos passados era utilizada como instrumento punitivo e sem discriminação - caída em desuso, porém nunca cessada - com a evolução do conhecimento neurocientífico e com o movimento da Reforma Psiquiátrica, se apresentou como uma forma de tratamento terapêutica. Sendo assim, é importante descrever à ECT e apresentá-la antes, durante e depois a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A origem da eletroconvulsoterapia (ECT) remete a 1933, conforme Sabbatini (2001), quando Ladis las Von Meduna lança a hipótese de que uma condição psiquiátrica poderia ser alterada por uma condição sistêmica, reparando que um doente esquizofrênico apresenta melhoras após uma crise convulsiva. Em 1938, Lucio Bini inventa um equipamento elétrico com o objetivo de facilitar o método de indução de convulsões e com a ajuda do seu professor

Ugo Cerletti, criam a máquina de eletrochoque Cerletti-Bini (Sabbatini,2001). Os primeiros relatos de perda de memória, segundo Sabbatini (2001), após tratamento começam a surgir, embora, em alguns casos, a perda da memória era temporária, em outros pacientes apresentaram perda de memória permanente. Embora a ECT tivesse as suas desvantagens, o autor relata que, o uso em tratamento de algumas doenças mentais, como a depressão grave, mostrou-se extremamente eficaz. Nas décadas que se seguiram, a ECT acabou sendo mal-empregada, havendo registro da sua utilização para eutanásias e execuções (Sabbatini, 2001).

Riley (2018) refere que naquele momento, a psiquiatria classificava a homossexualidade como transtorno mental, além de ser amplamente usada na tentativa de controlar pacientes violentos (estes são exemplos do uso excessivo da terapia). Apesar de avanços tecnológicos na ECT, ela foi deixada de lado como opção de tratamento, a utilização pelo tratamento farmacêutico, se tornou a mais utilizada (Riley, 2018). Outro ponto que a fez cair em desuso, conforme o autor, foi a imagem negativa que a sociedade tinha perante a ECT, devido à maneira errônea como era aplicada dentro dos manicômios em pacientes internados, mesmo sem indicação do tratamento.

Embora o uso da eletroconvulsoterapia nunca tenha cessado, nos anos 90, notou-se a ampliação da prática no Brasil e Busnello (1995) elegeu alguns critérios para a sua indicação e utilização como forma de tratamento. Para o autor, a ECT é indicada em casos que necessitam de uma melhora rápida nos sintomas graves, quando os psicofármacos não são tolerados, quando outras formas de terapia não funcionam ou ainda, quando os medicamentos não podem ser tomados, como por exemplo: na gravidez, porque podem prejudicar o feto em desenvolvimento (Busnello, 1995).

A ECT, de acordo com Busnello (1995), possui efeitos colaterais, porque é um procedimento feito sob anestesia, no qual pequenas correntes elétricas passam pelo cérebro, desencadeando intencionalmente uma breve convulsão. Embora a ECT seja geralmente segura, há riscos e efeitos colaterais, podendo incluir: confusão, perda de memória e efeitos colaterais físicos (náusea, dor de cabeça, dor maxilar e muscular) - normalmente melhoram em horas, dias ou meses após a aplicação do tratamento (Busnello, 1995). Em gravidade, o autor relata que pode haver complicações médicas, devido ao aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea durante a aplicação da ECT e da utilização do anestésico, ocasionando problemas cardíacos

Complementando o pensamento de Busnello (1995), Fink (2007) relata que a ECT deve ser utilizada nos seguintes casos: quando os medicamentos não são eficazes, os pacientes encontram-se debilitados, quando há risco de suicídio iminente, presença de

sintomas catatônicos, presença de sintomas psicóticos, depressivos e maníacos graves, esquizofrenia, bipolaridade e quando há uma síndrome neuroléptica maligna, entre outros. Busnello (1995), Bastos, (2003) e Del Porto (2006) citam outras doenças que podem vir a ser tratadas com a ECT como: depressão monopolar, na fase maníaca e depressiva do transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, catatonia, psicoses atípicas e reativas, puerperais, *delirium tremens*, transtornos conversivos, doença de Parkinson, síndrome neuroléptica maligna, convulsões intratáveis, depressão pós-parto, acinesias, pelagra, dor talâmica e dor severa da neuralgia do trigêmeo.

A eletroconvulsoterapia pode ser aplicada em pacientes pediátricos, geriátricos e durante a gestação, existindo três formas de aplicação e observação da ECT: colocação de eletrodo, frequência de tratamento e estímulo com onda elétrica (Stevens, 1996). Além disso, quando há histórico de boa resposta à ECT ou resposta insatisfatória ao uso de psicofármacos, é possível um tratamento conjunto, utilizando as duas técnicas (Del Porto, 2006). O autor acrescenta que, a eletroconvulsoterapia pode ser mais segura do que tratamentos farmacológicos, principalmente para os fisicamente fragilizados tais como: idosos, desde que, acompanhados e monitoramento pela equipe multidisciplinar e pelos familiares e/ou acompanhante.

Considera-se relevante identificar contribuições do psicólogo para a ECT, fortalecendo o conhecimento da profissão, dando ênfase na humanização do tratamento em saúde mental e na RPB. Com o presente trabalho, pretende-se descrever a prática da eletroconvulsoterapia e apresentar as mudanças ocorridas neste campo, expondo aspectos do movimento da RPB.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Identificar como a Reforma Psiquiátrica Brasileira contempla a prática da eletroconvulsoterapia no ponto de vista da humanização dos tratamentos em saúde mental a partir da perspectiva da psicologia.

### **Objetivos Específicos**

Destacar aspectos relevantes da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira;

Descrever a eletroconvulsoterapia na atualidade, destacando indicações e benefícios;

Identificar contribuições do psicólogo sobre a eletroconvulsoterapia frente ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## REVISÃO DA LITERATURA

No século XVIII, conforme Machado, Filho, Fidelis, Almeida, Nascimento e Carneiro (2018) o fenômeno da loucura passou a ser visto como doença mental, levando em consideração o pensamento científico e o saber médico. Neste período, conforme os autores, o louco, portador de um transtorno mental é aquele que não conseguia conviver com as normas sociais, retirado do convívio social. Dessa forma, muitas pessoas foram deixadas em hospitais/manicômios, onde eram punidos com práticas de eletrochoque e contenção física, mantendo estes pacientes isolados, excluídos do mundo e de seu cotidiano (Machado et al., 2018).

Para Amarante e Torre (2010) o hospício/manicômio era considerado na época o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, tendo como objetivo ser uma instância, controlando o social, os indivíduos e a população. Resende (2007) menciona que houve uma crítica higiênica e disciplinar, referente às instituições de enclausuramento e ao perigo presente, no qual a população começava a ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece. Os esboçados nos textos médicos deste período, defende novos parâmetros para a loucura e a necessidade de reclusão dos loucos, começando a ser concretizado a partir da criação dos primeiros hospícios/manicômios nas décadas seguintes (Resende, 2007).

Amarante e Torre (2010), relatam que a partir da década de 1990, no Brasil, as primeiras normas federais regulamentam a implantação dos serviços de atenção diária em saúde mental. De acordo com os autores, foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. As macromudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e até mesmo, as garantias de operacionalização de novas práticas terapêuticas (Amarante & Torre, 2010).

O conceito de Reforma Psiquiátrica é proposto por Amarante (2003) como uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico. Para ele, é um processo de reorganização dos serviços, considerado um sinônimo de modernização das técnicas terapêuticas. A Reforma Psiquiátrica efetivamente começou a se materializar em serviços extra hospitalares, sejam intermediários ou substitutivos ao manicômio e os novos serviços de saúde mental são normatizados, estabelecendo-se algumas definições administrativas e operacionais (Amarante, 2003).

A atualização do novo modelo psiquiátrico teve origem e fundamentação nas políticas de desinstitucionalização desenvolvidas pelos Estados Unidos da América

(Birman, 1992). Um processo complexo de recolocar o problema, reestudando modelos novos de práticas anteriormente utilizada, estabelecendo novas relações, entre psiquiatra e paciente, segundo o autor. Assim, o novo modelo psiquiátrico descrito por Birman (1992), torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, aceitando novas situações que produzem novos indivíduos, com novos direitos.

O processo de Reforma Psiquiátrica para Amarante (2003) foi alicerçado em um contexto epistemológico, em que a realidade era entendida como um fato natural capaz de ser apreendido e entendido, bem como comparado através de dados, porque nasceu em uma época em que a ciência significava a produção de uma inteligência positiva, neutra e autônoma, sendo a verdadeira expressão do fato. A estratégia é iniciada com uma nova forma de análise, questionando sobre a loucura e a dor do ser humano, passando a se preocupar com os sujeitos e não com suas doenças (Amarante, 2003).

De acordo com Sabbatini (2001), houve assim o processo de Reforma Psiquiátrica, que se dividiu em duas fases: a primeira fase compreendeu entre 1978 a 1991, no que contempla o modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda fase, de 1992 aos dias atuais, destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra hospitalares. Ambas apoiavam a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por serviços descentralizados e diversificados nas práticas terapêuticas, preconizando a diminuição de internações e reinserir essas pessoas de volta a suas famílias e a sociedade.

As mudanças significativas no modo de tratamento da loucura que decorreram do movimento da Reforma Psiquiátrica produzem algo de novo, trazendo para o campo do visível aquilo que no manicômio, enquanto instituição total, tornava-se invisível, ou seja, aceitando a existência do inconsciente, reconhecendo suas manifestações no discurso que atravessa o hospício, seja pela fala do louco, seja, principalmente, pelo que é possível escutar dos técnicos que lá exercem suas práticas (Amarante, 2003). Identificando isso, a fala pode permitir que a clínica reduza a angústia que caracteriza a loucura, sem a ingenuidade de eliminá-la, como por exemplo, na psicanálise, a regra de associação livre e sustentada pelo desejo, há um efeito produzido pelas diretrizes da Política Pública Brasileira em Saúde Mental que pode desvelar, para quem o queira, aquilo que antes estava oculto a todos e a qualquer um (Amarante, 2003).

Conforme Bezerra (2013), aqueles que militavam, nos primórdios, pela extinção dos manicômios tinham como objetivo comprovar a existência do inconsciente nos sujeitos que se encontravam asilados, proporcionando um acolhimento e escuta de um psicoterapeuta. O autor, refere que resultaria na Política Pública de cuidado, afirma que a loucura era, principalmente, o resultado da exclusão secular da condição cidadã, enraizada de modo

profundo na ideologia vigente e produzida por agenciamentos discursivo que performaticamente produziam e reproduziam a categoria *louco*, sendo necessário transformar mentalidades. Porém, para ele, não se cogita que à transformação das mentalidades pudesse sobrar resquícios de alguma necessidade de *tratamento*, palavra proscrita por desvio ideológico. Não haveria mais tratamento, nem psicanalítico nem qualquer outro, posto primeiro a ser defendido era o da ruptura entre a ideia de loucura e doença (Bezerra, 2013). Antes, rompeu-se radicalmente com a oposição entre normal e patológico, destinando uma escuta àquele que sofre, que tem um conflito, angústia ou sensação de estranheza. Se a política, tal como concebida pela psicologia e a Política Pública em Saúde Mental, são práticas discursivas e, portanto, sob este aspecto, homogêneas, fundadas pelas marcas que constituem o campo do outro, como um modo de acolher e operar (Bezerra, 2013).

Assim, a história conforme Sabbatini (2001), mostra que, com o tempo foram surgindo algumas formas de tratamentos para transtornos mentais. Somente a partir do ano de 1952, os psicofármacos passaram a ser empregados no tratamento dos mesmos, como uma terapia coadjuvante, associada aos tratamentos terapêuticos individuais e de grupos (Sabbatini, 2001).

Conforme Bezerra (2013) os sinais de sofrimento que persistem como extravasamento, apesar e para além do término dos modos desumanos de tratamento dos loucos os fazem recorrer a alternativas. A psicologia, de acordo com o autor, tem a possibilidade de estar diante de um sujeito que estruturalmente de modo patológico e que dispõe de uma lógica de acolhimento e cuidados que não convida à cronificação, ao alheamento ou à exclusão social e que, frequentemente, também deseja dirigir a alguém que se proponha a ouvi-lo, àquilo que o aflige e faz sofrer. Se nesse contexto não estiver disponível um psicoterapeuta, não poderemos dizer que alguma articulação entre a política da saúde mental e a política da psicologia tenham efeito metodológico (Bezerra, 2013). Assim, a psicoterapia fez com que houvesse uma diminuição nas manifestações dos sintomas decorrentes aos transtornos mentais.

Amarante (2001) na intenção de desenvolver uma Reforma Psiquiátrica mais ampla e complexa do que simplesmente uma reforma administrativa ou técnica, cita que há duas dimensões diferentes. Para o autor, trata-se da dimensão epistemológica, que se refere ao conjunto de questões teórico-conceituais concernentes à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer. A dimensão técnico-assistencial, que se refere ao modelo de assistência que decorre do saber produzido e a dimensão cultural, referente à transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência.

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não deveria ser apenas um serviço novo, mas um *serviço inovador*, isto é, um espaço para produção de novas práticas sociais e novas maneiras de lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa para a construção de novos conceitos, de invenção promovendo o bem-estar e a saúde do indivíduo (Amarante, 2003). Conforme o autor, a eliminação de leitos hospitalares psiquiátricos no Brasil bem com a implantação de serviços de atenção psicossocial, além de muitos outros dispositivos não assistenciais fazem parte da busca constante deste processo, que é da transformação estrutural da sociedade em lidar com a loucura. O fato de escutar, acolher, interagir e inserir, estão sendo construídas novas relações entre a sociedade a loucura (Amarante, 2003).

Para Amarante (2003), um dos conceitos é a análise e revisão geral da clínica, que deixaria de ser o isolamento terapêutico ou tratamento moral para tornar-se uma criação de possibilidades, levando em consideração a interação social e subjetiva do paciente com a sociedade. No contexto atual, segundo o autor, o sujeito, antes excluído da sociedade incapaz de ter ações ou de ser ouvido, tornar-se sujeito e não objeto de saber. Por consequência, as relações entre as pessoas envolvidas serão também transformadas, assim como serviços, os dispositivos e os espaços (Amarante, 2003).

A clínica psicanalítica para Carvalho e Amarante (2000) tem esta dimensão de valorizar a relação entre o observador e o observado, dando ênfase à doença, percebendo os sintomas mais primordiais e verdadeiros, captando a essência desta natureza. Sendo assim, no cenário da Reforma Psiquiátrica, se a doença é questionada, colocada entre parênteses, a clínica também deve ser analisada e transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência (Amarante, 2003). Neste sentido, é preciso pensar no processo linear de adoecimento, analisando e abrindo novas possibilidade de pensamento, conduzindo uma criação de novas práticas, novas estratégias de ação, na linha do pensamento de não estar apenas inovando, e sim produzindo descontinuidades, opções discursivas e não discursivas a este novo conceito de tratamento (Carvalho & Amarante, 2000).

A reconstrução de novos conceitos, na prática clínica, tem sido largamente observada na Reforma Psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja uma simples cópia da clínica de medicina naturalista (Dell'Acqua, 1991). É preciso estabelecer novos métodos e conceitos quanto à clínica. Conceitos estes com novas possibilidades, subjetividades, ocupando-se de sujeitos com sofrimento e de efetivamente se responsabilizar com o sofrimento humano ou com outros conceitos centrados no cuidado e na cidadania do indivíduo enquanto ético (Dell'Acqua, 1991).

Muitos conceitos e experiências têm sido originados no Brasil nas últimas décadas, sobre a transformação da clínica ampliada, em clínica antimanicomial (Lobosque, 1997). O assunto é amplamente explanado na Reforma Psiquiátrica, sendo um processo de aprendizado diário, em que se constrói novas formas de lidar, escutar e de reprodução social dos sujeitos, tal como sugere (Rotelli, 1990).

A vontade terapêutica e a sua postura, conforme Gallio (1991), são determinadas pelo olhar e agir terapêuticos. Esta forma de poder, para ele, se mostra como um fato social no âmbito do serviço, permite criar competências para intervir com a loucura. As profissões que são capacitadas nesse âmbito, são importantes e fundamentais, pois, conforme o autor, buscam estratégias e serviços mostrando que a intervenção clínica não é a única forma. Assim, vê-se a necessidade de uma revisão, com conceitos tais como o de: doença, de terapêutica, de cura, de ciência, de técnica, de verdade (Gallio, 1991).

A saúde mental está interligando aos direitos humanos. Dessa forma, devido ao contexto da Reforma Psiquiátrica, traz para o Brasil direitos fundamentais para os seres humanos, principalmente perante a pacientes psiquiátricos. Assim, a humanização se mantém presente em todos os contextos que envolve o ser humano. Em 2001, por ocasião do Dia Mundial da Saúde (data comemorada pela Organização Mundial de Saúde [OMS]), foi dedicada ao tema saúde mental com o lema: *cuidar sim, excluir não*. O Ministério da Saúde trabalhou fortemente na aprovação deste projeto de Lei. Em 21 de março de 2001, a Câmara dos Deputados aprovou o substitutivo ao PL, de autoria do Senador Sebastião Rocha. Sancionado pelo Presidente da República no dia 6 de abril de 2001, véspera do Dia Mundial da Saúde, tornou-se a Lei n. 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A referida lei determinou a aplicação de uma política nacional específica para a proteção dos direitos do portador de transtorno mental como efetivação da opção pela desinstitucionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)).

De acordo com Marchewk (2007), o atendimento e organização da assistência utiliza práticas terapêuticas que evitam as condições facilitadoras da evolução crônica da doença mental. Com base nisso, é possível afirmar que as inovações nesse segmento trazem consigo, novas exigências para o profissional, traduzidas com conhecimento de diferentes aspectos envolvidos no cuidado dos clientes/usuários e na organização dos serviços de saúde mental. Também se faz necessária, a formação dos profissionais no campo da saúde mental que possam aplicar e desenvolver conceitos básicos à boa prática de operação e gestão dos serviços, bem como na formulação de políticas públicas nesta área que atendam a esta

demanda (Marchewk, 2007). Portanto, para o autor, capacitar os governantes a atender a saúde básica para *um olhar em saúde mental*, conforme exposto acima, é um passo fundamental para a melhoria da saúde de todos os envolvidos neste processo.

Um capítulo especial é dedicado na Lei n. 10.216/2001 ao processo de inclusão social e reabilitação, na forma de acompanhamento, interação e atenção à família e à rede de apoio social ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)). O direcionamento do atendimento da psiquiátrica como forma de garantirão cidadão portador de transtorno psíquico, baseado nos conhecimentos teóricos e práticos destas unidades/profissionais, ainda não atingiu a plenitude correta à psiquiatria atual, com a atual política pública do Sistema Único de Saúde, para iniciar, inserir e defender o respeito à dignidade humana (Marchewk, 2007).

Estes pontos de atenção à saúde têm como principal foco, oferecer atendimento à população e a reinserção social dos usuários no convívio social, onde estes indivíduos passam a ter acesso a trabalho, lazer e voltam a ter o exercício dos direitos civis bem como inserção e fortificação dos laços com a família e a comunidade (Bastos, 2003). Estes artifícios dão atenção à saúde mental, conforme Bastos (2003), tendo valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como criação desses centros, possibilitando a organização de uma teia substitutiva aos hospitais psiquiátricos e conseqüentemente as internações.

Conforme Marchewk (2007), a reformulação das práticas assistenciais na psiquiatria é uma realidade em diversos países, as práticas alternativas e psicossociais estão sendo introduzidas na busca de novas abordagens e terapêuticas mais humanas. Apesar do esforço para o crescimento e fortalecimento desta prática psicossociais, pode se observar, que persiste a prática a terapias antigas e polêmicas como a eletroconvulsoterapia (Marchewk, 2007).

Sampaio (1988) e Marchewk (2007) relatam que os princípios da Reforma Psiquiátrica estão em torno da ética e da humanização na psiquiatria e dos tratamentos utilizados. Marchewk (2007) afirma que ao tratar a doença, tida em todos os meios como incurável, não é o foco do tratamento e sim cuidar de pessoas, incluindo-as na sociedade como indivíduos reais. De acordo com o autor, a Reforma Psiquiátrica possui a intenção de questionar a internação asilar e a prática médica, humanizando a assistência à pessoa, no qual o foco é na reabilitação ativa e na inclusão social, em detrimento da internação e custódia e da segregação na sociedade. Desse modo, conforme Sampaio (1988), busca-se médicos especializados, tratamentos avançados, atualizados e cientificamente comprovados, como a eletroconvulsoterapia, como na prática da ECT, seguindo as leis impostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Fink (2007) refere que, apesar da ECT ter sido usada como técnica de tortura, castigo, imposição do sofrimento, da dor e punição, com métodos errados. Esta visão de negativa em relação ao tratamento foi diminuindo com o tempo, apesar de existirem ainda espaços na sociedade que se mantêm (Fink, 2007). Porém, evolução empregada por novas técnicas da ECT (aplicação com a técnica modificada), com seus devidos cuidados e utilizados de forma adequada e indicações precisas, consiste em um tratamento eficaz, seguro e capaz de promover melhora na qualidade de vida aos pacientes, através da redução dos sintomas em curto prazo (Bastos, 2003). Deste modo, conforme Bastos (2003) a ECT no Brasil é considerada uma das formas a ser utilizada no tratamento de doenças mentais, apesar ainda da restrição de seu uso.

O Conselho Federal de Medicina em seu Art. 1 da Resolução CFM nº 1.640/2002 reconhece a importância deste método terapêutico e regulamenta sua aplicação e os cuidados que devem ser utilizados durante o tratamento. De acordo com a resolução, o emprego da ECT é ato privativo do médico, que deve ser realizado, exclusivamente, em ambiente hospitalar, ainda, define que “o eletrochoque é um método terapêutico, eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito” ([http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1640\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1640_2002.htm)).

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento psiquiátrico no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro, através de um mecanismo, induzidas por meio de passagem de corrente elétrica, de baixa voltagem, sob condição de anestesia geral (Sabbatini, 2001). Para Sabbatini (2011) trata-se de um método terapêutico que causa controvérsia, julgado pela sociedade como um tratamento doloroso, antiquado, levando em consideração a forma mais dolorosa que é a tortura. Sabbatini (2001), escreve que a técnica foi introduzida como tratamento ainda em 1930, passando a ser utilizada entre a década de 40 e 50, porém, neste período foram descobertas as drogas antipsicóticas e antidepressivas, o que implicou em uma imagem negativa da ECT.

No entanto, Sabbatini (2001) relata que quando os profissionais da área começaram a observar as limitações dos fármacos no tratamento de doenças psiquiátricas, o interesse pela ECT retornou a crescer. A partir da década de 70, com novos avanços tecnológicos, houve o aprimoramento da técnica e acompanhamento de profissionais especializados nesta área. Assim, permitindo o controle preciso da carga elétrica fornecida, oxigenação adequada, uso de anestésico, relaxamento muscular e monitoramento das funções vitais (Sabbatini, 2001). Mesmo com todos os cuidados, o autor relata quem o uso indevido, principalmente pela falta de conhecimento sobre a técnica, a ECT perdeu visibilidade e tornou-se um tratamento deixado de lado.

Stevens (1996) e Sabbatini (2001) citam que esta forma de tratamento é contraindicada em casos de tumores, histórico de infarto, arritmia cardíaca, uso de marca-passo, aneurisma, deslocamento de retina, feocromocitoma e doenças pulmonares. Desse modo, os autores relatam que como qualquer outro procedimento, este necessita de avaliação psicológica, psiquiátrica, clínica e anestésica, realizando exames completos para que seja possível ter consciência do histórico do paciente, identificando se há contraindicações ou se o tratamento é o mais indicado para o caso.

Conforme Stevens (1996) e Sabbatini (2001) o número de sessões necessárias para se atingir a resposta clínica desejada pode variar, sendo que a média é de 6 a 12 sessões, observando que em alguns pacientes, pode-se ter respostas positivas após poucas sessões, enquanto outros podem não ter respondido. Assim, para os autores, o número total varia de acordo com o grau e a taxa de melhora do paciente, bem como a gravidade dos efeitos adversos cognitivos.

Stevens (1996) e Sabbatini (2001) descrevem o funcionamento da ECT, que se dá na passagem de uma corrente elétrica através da aplicação de eletrodos no crânio do paciente, induzindo uma convulsão com duração de 30 a 60 segundos. Em consequência disto, o tratamento é interrompido quando o máximo de melhora é alcançada (Sabbatini, 2001; Stevens, 1996). Os autores referem que a farmacoterapia após o tratamento com ECT varia de acordo com o diagnóstico do paciente. Já a psicoterapia em suas diversas modalidades pode ser eficiente para tratar sintomas residuais, manejo de estressores na vida do paciente e encorajamento de retorno à vida normal, porém evidências sugerem que a técnica cognitivo-comportamental pode prolongar os efeitos antidepressivos do ECT (Stevens, 1996).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS no 675, de 30 de março de 2006): “Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”. Desse modo, o paciente possui o direito ao acesso a qualquer tratamento disponibilizado pela medicina, tendo como livre escolha a utilização ou não de qualquer procedimento, desde que sejam fornecidas todas as informações necessárias, orientações quanto aos possíveis riscos e vantagens, de uma forma clara e completa, dando ao paciente condições para que o mesmo faça uma escolha consciente ([http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html)).

Nas últimas décadas, conforme Stevens (1996) e Sabbatini (2001), a má utilização do ETC disseminou entre a população a aversão a esta técnica, o qual, apesar de todo o esforço empregado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda encontra profissionais

resistentes ao seu emprego. Porém, os autores afirmam que após toda o embasamento e o estudo acima apresentados, a utilização do ETC é segura e eficiente, se utilizada de forma correta, por uma equipe de profissionais treinados. A inserção dos pacientes na sociedade é cada vez mais uma realidade recorrente e facilitaria a readaptação destes indivíduos no convívio social (Sabbatini, 2001; Stevens, 1996).

## MÉTODO

### 4.1. Delineamento

O trabalho caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa exploratória e interpretativa. Desse modo, explora uma metodologia predominantemente descritiva, utilizando-se, conforme Flick (2009), “estratégias indutivas, ou seja, em vez de partir de teorias e testá-las, são necessários conceitos sensibilizantes para a abordagem dos contextos sociais a serem estudados”. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo a descrição de fenômenos, definindo a sua ocorrência e a associação com outros fatores. Desta maneira, o propósito da pesquisa está associado ao contexto no qual está inserido o objetivo pesquisado (Casarin & Casarin, 2012).

No que tange à pesquisa exploratória, pode-se dizer que seu objetivo é proporcionar uma maior proximidade com o problema estudado para que ele se torne mais claro ou para que novas hipóteses sejam construídas. O planejamento de uma pesquisa exploratória é flexível, porém, a maior parte dos casos utiliza a pesquisa bibliográfica (Gil, 2011). Com a pesquisa exploratória será capaz de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias através de pesquisa e estudos anteriores envolvendo levantamento bibliográfico, proporcionando uma visão geral de determinado fato (Gil, 1996).

Já a análise interpretativa, têm como finalidade relacionar as ideias relatadas no trabalho como sendo o problema em que se busca resposta. Acarreta a análise das ideias dos autores, seguida de uma posição do pesquisador. Para isso, foi necessário associações de ideias e analogias de propósitos conforme os critérios norteadores do pesquisador (Lima&Mioto,2007). O cunho interpretativo visa assim, estabelecer uma relação entre o conteúdo das fontes pesquisadas e outro conhecimento.

Este trabalho configura-se como uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o tema. De acordo com Gil (1996), a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de materiais já publicados, constituindo principalmente de livros, artigos e revistas científicas. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com o escrito e dito sobre determinado assunto. Dessa forma, a pesquisa bibliográfica propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

## 4.2. Fontes

Estratégias detalhadas de busca individual foi desenvolvida para a base de dados, disponível na Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*. A busca focou-se em 196 artigos científicos publicados no período de 2003 a 2018.

## 4.3. Instrumento

Como instrumento foi elaborada uma ficha de leitura, encontrada em anexo ao trabalho, que possui o objetivo de identificar, registrar e ordenar os conteúdos das obras (Gil, 1996). As informações coletadas de um material já existente, possibilitam que o pesquisador selecione elementos deste material dando significado aos dados reunidos. Esses dados, não são modificados pelo pesquisador e sim, transformados em informações significativas apoiadas na teoria pesquisada (Laville & Dionne, 1999). Devido à necessidade de um instrumento para alcançar os objetivos propostos foi elaborado essa ficha deixando o material mais claro e organizado, facilitando a interpretação.

## 4.4. Procedimentos

A coleta e a seleção de dados foram realizadas na busca de 196 artigos científicos publicados no período de 2003 a 2018 na base de dados disponíveis pela Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*. Essa base de dados está entre as mais usuais em saúde e conta com a indexação dos melhores artigos na área que envolve a problemática pesquisada (Koller, Couto & Hohendorff, 2014). Os descritores usados foram: psiquiatria, psicologia, eletroconvulsoterapia, humanização e Reforma Psiquiátrica.

Os critérios de inclusão utilizados para a busca foram artigos originais disponível na íntegra, *on-line*, na língua portuguesa, no banco de dados pré-definido relacionados à temática dos estudos dos artigos publicados nos anos citados. Desse modo, a codificação dos dados constituiu-se a partir de uma ficha de leitura, onde foi possível analisar os dados de maneira clara e organizada elaborando categorias e agrupando os artigos por temas.

Portanto, dos 196 artigos científicos analisados, foram divididos em duas categorias: Eletroconvulsoterapia (ECT) e Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Na categoria Eletroconvulsoterapia (ECT) foram encontrados 31 artigos, excluídos 17 e mantidos 14 (filtrando os artigos que se detêm aos descritores). Já na categoria Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), foram encontrados 162 artigos científicos, excluídos 154 e mantidos 8 filtrando os artigos que se detêm aos descritores). Os artigos 168 artigos excluídos não versavam sobre o mote desta pesquisa. Na sua maioria apresentavam abordagem predominantemente médica e da área de enfermagem, não abordando o viés psicológico.

#### 4.5. Referencial de Análise

Para o referencial utilizou-se a análise de conteúdo. Esse tipo de análise pode ser usado com diferentes materiais, permitindo assim, a investigação de diversos objetos (Laville & Dionne, 1999). Realizou-se uma organização do material, em seguida foi descrito acompanhado de notas sobre a fonte e um breve relato de seu conteúdo. A função, é auxiliar o pesquisador a encontrar rapidamente o material. Desse modo, a análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar a temática do documento escolhido para análise, ou seja, é uma técnica que visa ler e interpretar o conteúdo do referencial teórico (Gil, 2011). “O princípio da análise de conteúdo: consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação” (Laville & Dionne, 1999). Como análise de conteúdo foi adotado uma modalidade de cunho qualitativo, havendo regras, certificado que siga sendo estruturada sistemática.

Desse modo, a análise de conteúdo apresenta-se em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos (Laville & Dionne, 1999).

Com as etapas concluídas, foi necessário definir as categorias analíticas e a categorização final das unidades de análise. As categorias foram criadas visando atender aos objetivos da pesquisa. A análise dos conteúdos coletados e organizados passa primeiramente pela etapa do recorte, na qual os relatos são decompostos para em seguida serem melhor expressar sua significação. Os recortes devem alcançar o sentido profundo do conteúdo ou passar ao largo das ideias essenciais. Os elementos recortados vão constituir as unidades de análise, ditas também, unidades de classificação ou de registro. As unidades consistem em fragmentos do discurso manifesto como palavras, expressões, frases ou ainda ideias referentes a temas recortados (Laville & Dionne, 1999). Os elementos de conteúdo agrupados por parentesco de sentido irão se organizar sob as devidas categorias analíticas, tal procedimento é modelo misto, onde as categorias são selecionadas no início, mas o pesquisador se permite modificá-lá em função do que a análise aportará. De acordo com Laville e Dionne (1999), um bom conjunto de categorias deve ser pertinentes, tão exaustivas quanto possíveis, não demasiadas, precisas e mutuamente exclusivas. A categorização final se refere a uma análise de reconsideração da alocação dos conteúdos e sua categorização a partir de um processo iterativo característico do modelo circular da pesquisa qualitativa. O

processo permite uma análise mais profunda dos recortes com base em critérios discutidos e incorporados. Trata-se de considerar uma a uma as unidades à luz dos critérios gerais de análise, para escolher a categoria que convém melhor a cada uma.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os resultados derivados da pesquisa bibliográfica realizada através da Biblioteca Virtual *Scielo*, sendo os mesmos organizados e analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Laville e Dione (1999). Dessa forma, os resultados foram organizados em duas grandes categorias: Eletroconvulsoterapia (ECT) e Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Ambas as categorias, em função da riqueza dos materiais, foram subdivididas em 3 subcategorias. Estão contidas na categoria ECT, as subcategorias: Definição da eletroconvulsoterapia, Uso da eletroconvulsoterapia em pacientes com doenças psiquiátricas e a Eletroconvulsoterapia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Na categoria RPB, a organização do material se deu por meio das subcategorias História da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Profissionais da saúde frente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

### 5.1. Eletroconvulsoterapia (ECT)

A categoria eletroconvulsoterapia versa sobre definições da ECT, seu uso em pacientes com doenças psiquiátricas e sua prática na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme referencial teórico apresentado, a ECT é uma técnica que consiste na indução de crises convulsivas por passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos. Sabe-se que a ECT afeta múltiplas áreas do sistema nervoso central (SNC), promovendo uma reorganização do cérebro através da liberação dos principais neurotransmissores envolvidos nos transtornos mentais, incluindo serotonina, noradrenalina, dopamina e glutamato, fazendo com que haja um equilíbrio desses neurotransmissores. Dessa forma, a eletroconvulsoterapia tem indicações e preparos específicos, como será discutido nas subcategorias abaixo. Além disso, há controvérsias entre os autores referente a ECT como técnica terapêutica que se apresenta importantes para o debate sobre a eletroconvulsoterapia na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

#### 5.1.1. Definição da eletroconvulsoterapia

A subcategoria apresenta a definição da eletroconvulsoterapia, apontando indicações para a realização dela, e mostrando o posicionamento de autores a ECT no tratamento de doenças psiquiátricas. Dessa forma, a utilização da ECT baseia-se em uma minuciosa avaliação clínica, seguida de formulação e implementação do melhor plano de tratamento, como: a escolha do tratamento farmacológico, das técnicas psicológicas associadas, e a sua

combinação com a ECT. Três artigos (Moser, Lobato e Belmonte-de-Abreu (2005), Salleh, Papakostas, Zervas e Christodoulou (2006) e Braga e Petrides (2007)) encontrados na pesquisa foram utilizados para a estruturação desta categoria.

A utilização da ECT baseia-se em uma minuciosa avaliação clínica, seguida de formulação e implementação do melhor plano de tratamento como: a escolha do tratamento farmacológico, das técnicas psicológicas associadas, e a sua combinação com a ECT. Sobre o conceito de eletroconvulsoterapia, os artigos encontrados apresentam um consenso na maneira de entendê-la. Conforme Braga e Petrides (2007), Moser, Lobato e Belmonte-de-Abreu (2005) e Salleh, Papakostas, Zervas & Christodoulou (2006) a ECT é compreendida como um tratamento efetivo para certos subgrupos de indivíduos que sofrem de doenças mentais graves.

Nos anos 50, com a descoberta de remédios com efeitos antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores do humor, houve um declínio na sua utilização (Salleh et al., 2006). A técnica de ECT tem se aprimorado ao longo dos tempos. Em 1959, foi introduzida a anestesia durante o procedimento e nos anos 70 foram desenvolvidos aparelhos que permitem controle preciso da carga fornecida, havendo inserção da oxigenação, de relaxantes musculares e monitoração detalhada das funções vitais (Salleh et al., 2006)

A ECT permanece como o único tratamento biológico entre aqueles introduzidos durante a primeira metade do século 20 (terapia da febre, coma insulínico e lobotomia frontal) que ainda é utilizado na prática clínica moderna (Braga & Petrides, 2007). Segundo Braga e Petrides (2007) a ECT é comumente utilizada para o tratamento da depressão maior, tipicamente em pacientes que não respondem à psicoterapia e/ou farmacoterapia. É também eficaz em uma variedade de condições, como episódios bipolares (deprimidos, mistos e maníacos), esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos, catatonia, síndrome neuroléptica maligna, psicose puerperal, delírio e alguns transtornos de movimento (Moser et al., 2005).

A eletroconvulsoterapia (ECT), segundo Braga e Petrides (2007), Moser et al. (2005) e Salleh et al. (2006) é um procedimento que consiste na indução de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos. Sabe-se que a ECT afeta múltiplas áreas do SNC, incluindo neurotransmissores, hormônios, neuropeptídios e fatores neurotróficos (Braga & Petrides, 2007). Dessa forma, acaba por promover uma reorganização do cérebro através da liberação dos principais neurotransmissores envolvidos nos transtornos mentais, incluindo serotonina, noradrenalina, dopamina e glutamato, fazendo com que, de certa forma, o cérebro volte ao seu funcionamento normal e com os neurotransmissores mais equilibrados (Braga & Petrides, 2007; Moser et al., 2005; Salleh et al., 2006).

Assim, quando existe resistência à medicação referente a doenças psiquiátricas, constitui a principal indicação para ECT. Para Associação Americana de Psiquiatria (APA) inclui estas situações como indicação de primeira escolha da ECT, pois de acordo com os critérios e recomendações ela é avaliada como um tratamento eficaz e um modelo utilizado no Brasil e no mundo (Braga & Petrides, 2007; Moser et al., 2005; Salleh et al., 2006). Além disso, o método é aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM: 1.640/2002) e o aparelho está registrado na ANVISA (registro nº 80342230008).

A ECT tem índices de eficácia de 90%, estudos demonstram sua superioridade em relação a tratamentos com medicamentos que apresentam eficácia entre 60 e 70% (Braga & Petrides, 2007; Moser et al., 2005; Salleh et al., 2006). Nos casos de episódios depressivos primários, ou seja, nos quais há ausência de transtornos mentais comórbidos e ausência de doenças físicas, a taxa de remissão é estimada entre 80 e 90% (Braga & Petrides, 2007; Moser et al., 2005; Salleh et al., 2006). Além disso, conforme Braga e Petrides (2007), Moser et al. (2005) e Salleh et al. (2006) a ECT é realizada em ambiente hospitalar, com anestesia geral rápida (sedação) que dura de 5 a 10 minutos e o paciente tem alta no mesmo dia. É realizada por médicos psiquiatras e a cada sessão, se avalia a evolução do tratamento, podendo criar um planejamento específico para cada paciente, avaliando se haverá e qual será o programa de manutenção. Geralmente são realizadas duas a três sessões de ECT por semana, até que haja uma melhora do quadro, em média, são necessárias de 6 a 12 sessões, sendo que o número exato de aplicações é definido pelo psiquiatra (Braga & Petrides, 2007; Moser et al., 2005; Salleh et al., 2006).

Dessa forma, ao estudar a ECT como uma técnica, Moser et al. (2005) afirmam que ela é eficaz e segura, entretanto, ainda não totalmente reconhecido, descrito e aceito de forma unanime no Brasil por profissionais da área da saúde, por ser incompreendida e confundida com tratamentos antiquados e dolorosos, principalmente porque, no passado, era conhecida como *eletrochoque*. Percebe-se que ainda está vinculada ao preconceito, à falta de informação e a não tolerância que o nome carrega, impedindo o seu reconhecimento em todas as instâncias que lhe é empregada (Braga & Petrides, 2007; Moser et al., 2005; Salleh et al., 2006).

### **5.1.2. Uso da eletroconvulsoterapia em pacientes com doenças psiquiátricas**

Esta subcategoria aborda o uso da eletroconvulsoterapia em pacientes com doenças psiquiátricas consideradas graves, com sintomas neuróticos e/ou psicóticos, com indicação ao tratamento, destacando aspectos atuais relativos à essa prática. Para essa subcategoria, foram encontrados em seis artigos (Alvarenga & Rigonatti (2005), Alvarenga, Soares, Issler

e Lotufo-Neto (2005), Moreno, Moreno e Ratzke (2005), Neves, Kummer, Luciano, Lauar, Salgado, Nicolato e Teixeira (2006), Antunes, Rosa, Belmonte-de-Abreu, Lobato e Fleck (2009), Madeira, Santos, Relvas, Abreu e Oliveira (2012)) elementos ligados à unidade de análise desta subcategoria. Eles abordavam doenças psiquiátricas, com a apresentação de casos para sustentar o argumento da utilização da ECT e da eficácia da mesma no tratamento destas enfermidades.

Conforme os autores Madeira, Santos, Relvas, Abreu e Oliveira (2012) para a realização da ECT, é imprescindível: uma avaliação psiquiátrica, uma avaliação clínica, uma avaliação anestésica e em alguns casos, uma avaliação odontológica. Também se vê necessário a entrega de um formulário de consentimento para o paciente, na presença de um cuidador, responsável ou alguma testemunha, sendo esclarecidos como o procedimento funciona (Madeira et al., 2012). A ECT se apresenta como uma técnica que busca, em seus mínimos detalhes, o cuidado ao paciente com transtorno mental, dando atenção aos seus direitos, oferecendo transparência e humanização no contexto que está (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga, Soares, Issler & Lotufo-Neto, 2005; Antunes, Rosa, Belmonte-de-Abreu, Lobato & Fleck, 2009; Madeira et al., 2012; Moreno, Moreno & Ratzke, 2005; Neves et al. 2006).

Dessa maneira, a ECT é sugerida quando o sujeito é diagnosticado com algum transtorno mental de natureza grave, seja pediátrico, geriátrico ou gestante, que necessita de uma resposta rápida, por não responder à medicação ou à psicoterapia de forma conjunta ou isolada (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006). A ECT é indicada nos casos de ciclagem rápida, prejuízo funcional, de inanição, psicose ou ideação suicida, na depressão psicótica ou com características catatônicas e esquizofrenia (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006).

Na esquizofrenia, conforme Neves et al. (2006), os sintomas positivos respondem bem ao ECT, diferentemente da fase crônica. Nos casos graves e que não respondem apenas à medicação, a associação entre ECT e farmacoterapia é aconselhável. Contudo, Neves et al. (2006) apontam a importância da vigilância cuidadosa dos efeitos adversos de psicofármacos, especialmente sobre a função hepática.

Moreno et al. (2005), relatam que existem formas típicas no transtorno bipolar: euforia/mania, depressão. Assim, em complemento com o artigo sobre depressão maior, de Antunes et al. (2009), a ECT mostra-se como um procedimento eficaz, apresentando uma maior rapidez na resposta em relação à medicação. Segundo Moreno et al. (2005) e Antunes

et al. (2009) em situações graves é necessário uma abordagem de urgência, como a catatonia e o risco de suicídio, caracterizando um transtorno bipolar ou um transtorno depressivo maior.

Sobre a eficácia da ECT na depressão e na psicose, os estudos encontrados mostram que o benefício vai mais à frente do que melhora sintomática. Há também melhora na qualidade de vida, funcionamento e bem-estar dos pacientes (Antunes et al., 2009; Moreno et al., 2005). Além disso, os pacientes que passam por essa experiência são, na maioria deles, favoráveis e apresentam atitudes positivas em relação à ECT (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006).

No que se refere à remissão dos sintomas, a taxa de pacientes deprimidos tratados com ECT foi descrita em alguns estudos (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006). É possível identificar que a remissão da depressão com o emprego da ECT varia, em geral, de 50% a 80% em pacientes que completaram a série de ECT. Importante lembrar que o número total de sessões dura em média de seis a 12 sessões, devido ao grau e a taxa de melhora, assim como com a gravidade dos efeitos adversos cognitivos (Antunes et al., 2009).

Contudo, após o procedimento é necessário um tratamento de continuação e manutenção, pois é indicado na prevenção da recaída, especialmente nos primeiros meses, diminuindo as recidivas de sintomas psicóticos e depressivos, além do número de hospitalização de pacientes psiquiátricos (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006). Para realizar a manutenção, Alvarenga, Rigonatti (2005) vê a necessidade de estar identificando se o paciente é responsivo ao tratamento; se tratar de um caso de resistência ou refratariedade à farmacoterapia ou opção do paciente que consinta e mantenha adesão ao tratamento.

Alvarenga e Rigonatti (2005), Alvarenga et al. (2005), Antunes et al. (2009), Madeira et al. (2012), Moreno et al., 2005) e Neves et al. (2006) relatam que a associação entre ECT e medicamentos psiquiátricos vem demonstrando mais benefícios para o controle dos sintomas, se comparados a técnica ou aos psicofármacos em separado. Dessa forma, a farmacoterapia, após o tratamento com ECT, varia de acordo com o diagnóstico do paciente. Já a psicoterapia em suas diversas modalidades pode ser eficiente para tratar sintomas residuais, manejo de estressores na vida do paciente e encorajamento de retorno à vida

normal (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006).

Não há dúvidas que uma aliança terapêutica por meio de um bom relacionamento médico–paciente–família–cuidador se apresenta de suma importância quando é confirmado o diagnóstico de uma doença psiquiátrica e, por consequência, a necessidade da realização de um tratamento que se apresente eficaz (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005). Alvarenga et al. (2005) relatam que a psicoeducação do paciente e do familiar ou cuidador são fundamentais, tendo por objetivo oferecer informações sobre a doença, seu prognóstico e tratamento, propiciando maior entendimento do processo terapêutico e, conseqüentemente, levando a melhor adesão ao tratamento. Isto pode ser feito diretamente pelo médico ou por meio de encontros psicoeducacionais, muitas vezes promovidos por associações de pacientes, instituições ou da rede pública assistencial. Efeitos colaterais das medicações, seu custo e outras demandas do tratamento a longo prazo devem ser discutidos com o paciente e seu familiar/cuidador de forma efetiva (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006).

No que se refere às contraindicações, não há um consenso entre os artigos pesquisados (Alvarenga & Rigonatti, 2005; Alvarenga et al., 2005; Antunes et al., 2009; Madeira et al., 2012; Moreno et al., 2005; Neves et al. 2006). Contudo, Neves et al. (2006), referem que diversas condições clínicas colocam o paciente em alerta, necessitando de maior monitorização devido à gravidade do transtorno mental. Além disso, a presença de outras condições médicas e seus tratamentos podem alterar a resposta ao ECT e os riscos envolvidos, como: doenças neurológicas, cardíacas e outras doenças direcionadas a questões biológicas severas (Neves et al., 2006).

### **5.1.3. A eletroconvulsoterapia na Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A subcategoria intitulada como A eletroconvulsoterapia na Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem como intuito uma discussão que envolve a ECT sendo realizado uma leitura teórica da técnica, a partir do conjunto teórico-prático do campo da saúde mental, tendo como referência as orientações éticas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, intencionando debater a sua coerência para as práticas de cuidado nesse campo. Problematizar o tema, foi o objetivo geral dos autores. Eles identificam pontes entre a proposta da técnica de ECT e as concepções que embasaram a assistência manicomial/hospitalocêntrica. Por isso, eles questionam a sua coerência para o campo interventivo contemporâneo da saúde mental, que se propõe a dar seguimento às desconstruções do paradigma clássico da psiquiatria. Serviram

para a estruturação desta subcategoria três artigos (Perizzolo, Berlim, Szobot, Lima, Schestatsky e Fleck (2003), Silva e Caldas (2008) e Magaldi (2018)).

Conforme Magaldi (2018), Perizzolo et al. (2003) e Silva e Caldas (2008) o movimento da Reforma Psiquiátrica traz a desconstrução e a superação, em termos de teorias e práticas assistenciais, do modelo asilar/hospitalocêntrico. Segundo os autores, expresso tanto no manicômio quanto no saber sobre a loucura – e oferece, em sua proposta político-social, subsídios para se encontrar outras formas de conceber o humano, a dita loucura ou a doença mental, e, em consequência, os modelos clínicos de intervenção, assistência e cuidado. Assim, como movimento de RPB, a forma de conceber a assistência e a dita loucura foi, aos poucos, revisitada e reescrita, visando à elaboração de novas práticas de cuidado, visando desconstruir os paradigmas de sustentação da prática manicomial de exclusão e segregação do louco e de sua subjetividade (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008).

A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem como objetivo modificar o objeto da psiquiatria, ou seja, a mesma não mais se reinscreveria na doença, mas no sofrimento psíquico ou na existência do sofrimento (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008). Dessa forma, o papel dos profissionais se centra na necessidade desconstrução de serviços e modalidades interventivas de cuidado que efetivamente superem a lógica manicomial, relacionando o cuidado ao sofrimento, sem objetificá-lo (Magaldi, 2018).

Chama atenção para Silva e Caldas (2008) que na significativa permanência da questão da supressão sintomatológica, manifesta tanto nas controvérsias sobre a ETC destinada aos transtornos mentais. Referem que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira se constitui no caminho entre a individualidade psicológica e a individualidade somática. Fica explícito o destaque dado ao aparato biológico que legitima e justifica as intervenções, ao mesmo tempo em que parece desconsiderar a indissolubilidade entre corpo e mente e a consequente imersão do corpo no universo da subjetividade.

Desse modo, para Magaldi (2018), Perizzolo et al. (2003) e Silva e Caldas (2008) o sintoma psíquico seria o meio encontrado pelo sujeito de comunicar um estado de dor psíquica, que reflete, ao mesmo tempo, um corpo e uma dada realidade social. Magaldi (2018), Perizzolo et al. (2003) e Silva e Caldas (2008) afirmam que embora a ETC tenha sua importância no cenário terapêutico, ela está cada vez mais em desuso nesse cenário diante, por exemplo, da frequência de utilização dos psicofármacos e das psicoterapias na prática psiquiátrica. Os psicofármacos estariam em condições de atualmente funcionar de forma mais eficaz, e são mais econômicos. Em grande número de casos, a administração dos

psicofármacos evita dano temporário permanente para o tecido cerebral e sua função (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008).

Segundo Magaldi (2018), Perizzolo et al. (2003) e Silva e Caldas (2008) a ECT não deveria ser utilizada como terapêutica de exceção ou como medida de último recurso. Ao contrário, coloca que a ECT não é o único método, mesmo para os casos gravíssimos, sendo uma técnica rara de ser indicada. Do ponto de vista dos autores, a concepção de sujeito acaba se perdendo, lidando com a ideia de um sujeito essencialmente orgânico, sem dimensão subjetiva e social, pelo menos não em um sentido relevante. Para considerar o sujeito adoecido um sujeito epistêmico e perfeito para as intervenções tecnológicas da ciência, que pode deixar de sentir forte doses de angústia frente à utilização de bons psicofármacos e até mesmo tornar-se assintomático através do uso de recursos científico-tecnológicos (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008).

Ao sofrimento psíquico, à contenção física, o leito, os psicofármacos e os estímulos elétricos, ou seja, a forma de assistência, se confunde com a ideia de tratamento que parece ter um fim comum: conseguir de alguma forma eliminar os sintomas psíquicos, expressão de um descarrilamento, talvez, do eixo da razão e/ou da normalidade orgânico-cerebral (Silva & Caldas, 2008). Uma vez eleito o corpo e os órgãos como objeto, a doença enquanto expressão do não funcionamento desse corpo neuroquímico, passa ser o foco para o qual se voltam as intervenções corretivas tecnológicas (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008).

Entretanto, para Magaldi (2018), Perizzolo et al. (2003) e Silva e Caldas (2008) a ECT é uma técnica terapêutica com destaque à doença, na naturalização a ela conferida, enquanto categoria separada de quem a vivência. Para os autores, a ECT se apresenta como um distanciamento significativo da Reforma Psiquiátrica, indo de encontro dos valores trazidos pelo movimento. Esses, baseados numa ética complexa do humano, trabalhando sob a ótica de melhor qualidade de vida para o usuário, se estimula sua autonomia, se está preocupada com a reinserção do usuário em seu contexto social, o que lhe possibilita o exercício de cidadania, se não torna seu movimento singular, se está a serviço do bem-estar biopsicossocial (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008).

Entender a experiência de sofrimento psíquico como doença, apenas, e não como uma tentativa de dar sentido a uma experiência subjetiva conflitiva é o que autoriza a noção de tratamento enquanto via de correção e não de escuta que possa dar sentido e possibilidades de integração de tal experiência ((Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008). Para Silva e Caldas (2008) essa técnica seria válida ou coerente se pudesse ser visualizada não elegendo a suposta doença como o objeto exclusivo de intervenção, e sim,

o sofrimento psíquico e sua relação com o social. Desta forma, não conceberia o sujeito puramente orgânico, lidando com a noção biopsicossocial em sua perspectiva de não essência, mas de contingência, de pluralidade subjetiva. O sofrimento psíquico não é apenas um sintoma ou disfunção que pede correção e ajustes, mas como um estado que necessita de cuidado e de escuta (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008). Produzindo assim, forma e sentido a experiência subjetiva, ampliando a noção de cuidado e assistência na medida em que o peso normativo da razão fosse relativizado frente a valores como: a aceitação da diferença, a inclusão e o respeito à pluralidade existencial (Magaldi, 2018; Perizzolo et al. 2003; Silva & Caldas, 2008).

## **5.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)**

Esta categoria aborda a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, apresentando desafios que lhe acompanham e como profissionais da saúde batalham frente à legislação vigente. O processo de Reforma Psiquiátrica se dividiu em duas fases: a primeira fase compreendeu entre 1978 a 1991, enquanto a segunda fase, de 1992 aos dias atuais. Este processo visa a substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços descentralizados e diversificados nas práticas terapêuticas, preconizando a diminuição de internações e a reinserção dessas pessoas de volta a suas famílias e a sociedade. Porém, se apresenta visível os desafios que o país enfrenta para a configuração de redes integradas e regionalizadas, não trazendo para todas as regiões acesso e utilização dos recursos de saúde, entre outras situações. Com a implantação, em curto espaço de tempo, do novo modelo assistencial preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, os profissionais da saúde tiveram que criar um espaço que acoplasse uma equipe multiprofissional, trazendo um problema com duas faces: a do despreparo técnico-profissional e a do despreparo afetivo-emocional.

### **5.2.1. História da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Esta subcategoria contextualiza e avalia o processo histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É realizada uma breve retrospectiva de como se deu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, considerando a luta por um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, atentando a desinstitucionalização e desospitalização dos pacientes com transtornos mentais. Serviram para a estruturação desta categoria seis artigos científicos (Barros e Salles (2011), Costa, Siqueira, Uhr, Silva e Molinaro (2011), Gama (2012), Gonçalves e Barros (2013), Braga e d'Oliveira (2015) e Andrade e Maluf (2017)).

Para Andrade e Maluf (2017), Barros e Salles (2011), Braga e d'Oliveira (2015), Costa, Siqueira, Uhr, Silva e Molinaro (2011), Gama (2012), Gonçalves e Barros (2013) o

movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como objetivo promover a desinstitucionalização e desospitalização de usuários dos serviços de saúde mental. Porém, Braga e d'Oliveira (2015) ressaltam que esse percurso da RPB não diz respeito apenas a isso, à uma simples reestruturação do modelo assistencial, e sim, de um movimento permanente de inovação, conceitos e princípios. Considera que há diferentes dimensões inter-relacionadas que acabaram compondo esse processo, a saber: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Dessa forma, Braga e d'Oliveira (2015) afirma que a dimensão teórico-conceitual se refere ao movimento de ruptura com o paradigma psiquiátrico e implica na elaboração, crítica e produção de novos saberes e a dimensão técnico-assistencial, situando-se como uma construção de novos serviços, práticas profissionais e modalidades de atenção. Já a dimensão jurídico-política, inscreve a necessidade de discutir e redefinir relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais. Quanto à dimensão sociocultural, segundo Braga e d'Oliveira (2015), diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social. Em termos gerais, a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (Andrade & Maluf, 2017; Barros & Salles, 2011; Costa et al. 2011; Gama, 2012; Gonçalves & Barros, 2013).

É possível identificar que o processo de Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do louco e da loucura, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão (Andrade & Maluf, 2017). Trata-se de um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Andrade & Maluf, 2017; Barros & Salles, 2011; Costa et al. 2011; Gama, 2012; Gonçalves & Barros, 2013).

A aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, provocou uma série de ações mutativas do panorama assistencial em saúde mental, com a abertura de um grande número de serviços públicos de base comunitária, impactando na redução drástica do número de leitos psiquiátricos, inversão do financiamento prioritário dos hospitais para os serviços abertos, e uma maior atenção aos direitos dos pacientes. Além disso, projetos de reinserção social através da produção de cultura e geração de renda foram incentivados visando à melhoria da

sociabilidade, qualidade de vida a redução do estigma que sofrem as pessoas que têm transtornos mentais (Gama, 2012).

Portanto, segundo Andrade e Maluf (2017), a reorientação da assistência psiquiátrica brasileira, consolidada com a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) teve como eixo norteador a garantia de dignidade e de liberdade para pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico. Diante de críticas e denúncias de diferentes atores sociais sobre as condições desumanas e pouco terapêuticas dispensadas aos considerados doentes mentais nos hospitais psiquiátricos brasileiros, bem como do reconhecimento de experiências de transformação da assistência psiquiátrica em outros países, como França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, o processo de reforma psiquiátrica ganhou força no Brasil (Andrade & Maluf, 2017).

Desde o início do movimento de Reforma, apresentou de suma importância inserir uma discussão sobre a loucura no cotidiano das pessoas, explicitando a necessidade de discussão com a sociedade a respeito do que é a doença mental, com o intuito de derrubar preconceitos e dilatar as possibilidades de trânsito social para aqueles acometidos por extremo sofrimento psíquico (Andrade & Maluf, 2017; Barros & Salles, 2011; Costa et al. 2011; Gama, 2012; Gonçalves & Barros, 2013). Com a Reforma, não se trata mais de exilar os loucos nos hospitais psiquiátricos, mas de incorporá-los de outra maneira à vida da cidade. Tal aposta implicou na proposição de novos dispositivos clínico políticos, entre eles, o Acompanhamento Terapêutico (AT) (Barros & Salles, 2011).

Dessa forma, segundo Andrade e Maluf (2017), Barros e Salles (2011), Braga e d'Oliveira (2015), Costa et al. (2011), Gama (2012) e Gonçalves e Barros (2013) se fez necessária uma reforma dos equipamentos hospitalares e a descentralização da posição do hospital psiquiátrico no atendimento a pacientes em uma rede extra-hospitalar composta por ambulatorios de saúde mental e serviços substitutivos territorializados, de atenção diária aos portadores de transtornos mentais. Conforme Barros e Salles (2011), é no contexto da construção e implementação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do SUS, no início de 1990, foi reconhecido que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil era de má qualidade e que esta situação era decorrente, principalmente, do modelo assistencial então vigente – centrado no leito hospitalar psiquiátrico. Compreendendo a necessidade de estratégias para uma ação transformadora no campo de Saúde Mental, no âmbito do SUS, devido a regulamentação de 1990, com a edição da Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, deu-se um passo importante para permitir a transformação do Modelo Assistencial. Ocorreu então a diversificação e regulamentação o funcionamento dos serviços e a implantação de uma

sistemática de fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Andrade & Maluf, 2017; Barros & Salles, 2011; Costa et al. 2011; Gama, 2012; Gonçalves & Barros, 2013).

Para Barros e Salles (2011), o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço, pode ser compreendido em três períodos. O primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos (Barros & Salles, 2011). O segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas (Barros & Salles, 2011). O terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais (Barros & Salles, 2011).

Na Lei 10.216/01, descrita na Política Nacional de Saúde Mental, tem como objetivos: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade. Assim, qualificando, expandindo e fortalecendo os modelos assistenciais, podendo incluir ações da saúde mental na atenção básica, como: o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Programa de Volta Para Casa (PVC), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) (Andrade & Maluf, 2017; Barros & Salles, 2011; Costa et al. 2011; Gama, 2012; Gonçalves & Barros, 2013).

### **5.2.2. Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A subcategoria intitulada como Desafios da Reforma Psiquiátrica aborda a mesma como marcou histórico da construção e reconhecimento da cidadania das pessoas com transtornos mentais, adaptando um dos avanços fundamentais para a mudança no modelo assistencial. Embora estejam em processo de implantação e consolidação, tais serviços passam por várias dificuldades, por estarem muito imbricados ao antigo modelo assistencial, o hospitalocêntrico. Esta categoria foi organizada a partir de 4 artigos científicos (Poz, Lima e Perazzi (2012), Miranda, Oliveira e Santos (2014), Silva e Rosa (2014) e Macedo, Abreu, Fontenele e Dimenstein (2017)).

Macedo, Abreu, Fontenele e Dimenstein (2017) e Miranda, Oliveira e Santos (2014) apontam novos desafios no que se remete à Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. O processo de regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), trata-se da importância da ampliação do acesso e melhora da qualidade de atenção em saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no âmbito do SUS. A necessidade de um aprofundamento do processo de expansão e regionalização da rede de serviços, de acordo com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001), apesar dos *vazios assistenciais* em diversos pontos de atenção, o que gera fragilidade na cobertura da rede de serviços.

Segundo Macedo et al. (2017) e Miranda et al. (2014) há existência de vazios assistenciais em saúde mental em certas regiões do Brasil não contam com ponto da RAPS. Também tem regiões que não possuem estrutura condizente com o padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde. Esse processo de regionalização da saúde mostra-se dificultoso devido à enorme desigualdade das condições socioeconômicas e à diversidade territorial nas regiões brasileiras. Além disso, existe desigualdade de condições das regiões, essas observadas quanto à oferta de serviços, de infraestrutura física e de recursos humanos qualificados (Macedo et al., 2017). Esses aspectos impactam, conseqüentemente, na quantidade e qualidade do acesso e utilização dos recursos de saúde, na capacidade resolutiva das equipes, no cuidado continuado e na atuação no território (Macedo et al., 2017; Miranda et al., 2014).

Outro ponto problemático para a configuração de redes integradas e regionalizadas refere-se ao subfinanciamento do setor público, à forte dependência do setor privado, à dificuldade de colaboração entre os municípios que frequentemente estão em conflito e competição e à multiplicidade de instâncias responsáveis pela coordenação (Macedo et al., 2017). Macedo et al., (2017) e Miranda et al. (2014) observam predominância da racionalidade instrumental/técnica e a fragilidade dos mecanismos de regulação do trabalho em saúde, aspectos que são históricos desde a implantação do SUS. Além disso, conforme Miranda et al. (2014) e Silva e Rosa (2014) o imaginário institucional, sobretudo no que diz respeito ao CAPS, está dominado pelo símbolo da precariedade. Este parece fortalecer o ilusório, que impera no funcionamento do serviço, impactando a capacidade criativa dos profissionais e perpetuando a sensação de imobilização e cronificação entre todos os sujeitos envolvidos.

A necessidade dos processos de capacitação sobre sofrimento psíquico e tudo o que o envolve, necessariamente, levariam os profissionais a pesquisarem sobre o território de vida de seus pacientes, bem como sobre as limitações e potencialidades inerentes às estratégias que adotam para lidar com as dificuldades da vida. Dessa forma, apresenta-se

importante a atenção para os sujeitos que se apresentem em um território específico, com o intuito de oferecer práticas de promoção de saúde destinadas a toda a comunidade e não apenas aos ditos *Pacientes CAPS* (Miranda et al., 2014).

Seja no CAPS, nas equipes ou entre esses serviços, não é possível supor que tais processos de ressignificação e aproximação da complexidade que envolve o sofrimento humano se desenvolva por *geração espontânea* (Miranda et al., 2014; Silva & Rosa, 2014). É necessário ter dispositivos que se construam na base da confiabilidade, podendo facilitar, estimular e sustentar alternativas de encontros entre profissionais e destes com os pacientes, requerendo um esforço de contínua criação e recriação, a ser protagonizado por profissionais, gestores, educadores e sociedade civil em geral (Miranda et al., 2014; Silva & Rosa, 2014).

Poz, Lima e Perazzi (2012) e Silva e Rosa (2014) salientam que no contexto reformista e desinstitucionalizante, um novo olhar também se apresenta importante. O papel das famílias, é vista como participadora dos serviços de saúde mental, protagonistas no cuidado à pessoa com transtorno mental, bem como, sujeitos que precisam de cuidado, proteção social, diante da trajetória intensa pela qual comumente passam. A família é tida como referência principal para o cuidado, pela proximidade e por conhecer as reais necessidades do seu ente acometido pelo transtorno mental (Silva & Rosa, 2014).

Entretanto, ainda é falha a atuação do Estado por meio dos serviços ofertados, frente aos papéis direcionados aos familiares. Esses familiares sentem-se geralmente, impotentes no lidar com a situação a que estão inseridos, bem como estão, muitas vezes, envoltos por outras fragilidades resultantes do surgimento do transtorno mental e pelas vulnerabilidades de seu contexto de vida e conjuntura social (Poz et al., 2012; Silva & Rosa, 2014). Aos familiares das pessoas com transtornos mentais, segundo Poz et al. (2012) são direcionadas novas exigências e um maior comprometimento no provimento do cuidado doméstico e *comunitário*, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto, o que contraria os próprios princípios da Reforma Psiquiátrica que seria fundamentada no apoio e fortalecimento das famílias.

Esses aspectos estão intimamente influenciados pelas transformações advindas dos pressupostos neoliberais. Esse tem se firmado no recuo da atuação do Estado na intervenção social. Posição preocupante, pois vem contribuindo significativamente para o aumento das desigualdades e o acirramento da pobreza. Tal postura reflete diretamente na principal instituição organizativa da vida social: a família (Poz et al., 2012; Silva & Rosa, 2014).

### **5.2.3. Profissionais da saúde frente a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A subcategoria Profissionais da saúde frente a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem o intuito de focar na figura do trabalhador de saúde mental depois da implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Falar sobre os profissionais de saúde é de suma relevância, pois são eles que vivenciam e operacionalizam no dia a dia as mudanças preconizadas pelo movimento antimanicomial. Assim, muitas vezes, acabam por lidar com os impasses, problemas, dúvidas e angústias que o contato próximo e diário com os usuários pode gerar. Seis artigos encontrados na pesquisa foram utilizados para a sua estruturação desta subcategoria (Souza, Menandro, Couto, Schimith e Panceri (2012), Leão e Barros (2012), Vasconcellos e Azevedo (2012), Generoso e Guerra (2012), Simões, Fernandes e Vaisberg (2013), Shimoguri e Costa-Rosa (2017)).

Falar sobre os profissionais de saúde é de suma relevância, pois são eles que vivenciam e operacionalizam no dia a dia as mudanças preconizadas pelo movimento antimanicomial. Assim, muitas vezes, acabam por lidar com os impasses, problemas, dúvidas e angústias que o contato próximo e diário com os usuários pode gerar. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira impulsionou-se, a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que mudou o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento aos pacientes (Vasconcellos & Azevedo, 2012). O tratamento deve ser pautado em uma concepção de saúde compreendida como processo, e não meramente como ausência de doença (Souza, Menandro, Couto, Schimith & Panceri, 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012). Uma melhorar na qualidade de vida do usuário, com ênfase em ações integrais e promocionais de saúde, garante o cuidado, a inclusão e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (Generoso & Guerra, 2012; Leão & Barros, 2012; Simões, Fernandes & Vaisberg, 2013; Shimoguri & Costa-Rosa, 2017; Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012).

Conforme Souza et al. (2012), um dos principais serviços substitutivos do SUS são os CAPS de caráter aberto e comunitário com o objetivo de oferecer atendimento a pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses e neuroses. Dessa forma, devem contar com uma equipe multiprofissional completa e preveem a assistência integral ao usuário de serviços de saúde, incluindo atendimento médico, assistência social, psicoterapia, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, atendimento domiciliar e familiar, entre outros serviços (Generoso & Guerra, 2012; Leão & Barros, 2012; Simões et al., 2013; Shimoguri & Costa-Rosa, 2017; Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012).

Assim, é possível compreender a amplitude de áreas e temas que se articulam, sendo visto como um campo aberto, plural e em movimento, que engloba discussões e práticas

diversas. Aponta-se, desta maneira, Souza et al. (2012), que a Reforma Psiquiátrica requer mudanças paradigmáticas consistentes e não apenas alterações pontuais no cuidado e na postura dos profissionais, ou seja, um processo que caminha entre avanços e retrocessos, o que pode dificultar a apreensão, por parte dos trabalhadores de saúde mental, do paradigma psicossocial e sua aplicação cotidiana com os usuários. Conforme Souza et al. (2012), a implantação do novo modelo de assistência preconizado pela Reforma Psiquiátrica teve expressivo e rápido desenvolvimento no país, em curto espaço de tempo, mobilizando profissionais de saúde, órgãos governamentais e não governamentais e a sociedade em geral, estando todos de acordo sobre a falência da assistência psiquiátrica centrada no manicômio.

Generoso e Guerra (2012), Leão e Barros (2012), Simões et al. (2013), Shimoguri e Costa-Rosa (2017), Souza et al. (2012) e Vasconcellos e Azevedo (2012) apontam que os profissionais estão sendo escutados pelos estudiosos, identificando o fato de que a implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda é um grande desafio, principalmente quando deixa o plano da discussão ética e política para se colocar como prática cotidiana no contexto institucional. Percebe-se que profissionais da saúde se declaram, em seus discursos, favoráveis aos tratamentos propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, é possível notar que a prática ainda está impregnada por uma compreensão do processo de adoecimento calcada nos pressupostos teóricos do saber psiquiátrico tradicional (Vasconcellos & Azevedo, 2012). Conseqüentemente, a causa da doença é buscada, primária e essencialmente, na dimensão biológica do ser humano, sendo a cura concebida fundamentalmente como resultado de intervenção medicamentosa (Generoso & Guerra, 2012; Leão & Barros, 2012; Simões et al., 2013; Shimoguri & Costa-Rosa, 2017; Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012).

A Reforma Psiquiátrica preconiza uma visão do sofrimento psíquico chamando atenção para seu caráter fundamentalmente complexo e pluridimensional. Entretanto, agentes efetivos do processo de desinstitucionalização, que são os trabalhadores da área de saúde mental, ainda mantêm uma visão etiológica conservadora (Generoso & Guerra, 2012; Leão & Barros, 2012; Simões et al., 2013; Shimoguri & Costa-Rosa, 2017; Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012). Tal aspecto pode explicar profundas divergências entre o plano das ideias e discursos e o plano das ações concretas realizadas no cotidiano profissional. Ainda assim, há uma ideia preconcebida acerca do louco e/ou doente mental, tratando-os como sujeitos puramente racionais (Vasconcellos & Azevedo, 2012).

Além disso, é legítima a queixa de despreparo técnico enunciada pelos profissionais (Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012). Ao formular esta queixa, no entanto, estes profissionais expressam também, de modo indireto, dificuldades de ordem afetiva, até

em casos nos quais os profissionais dos serviços referiram esgotamento físico em decorrência do cotidiano com os doentes mentais. É possível encontrar manifestações de desgaste emocional (Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012).

Portanto, Generoso e Guerra (2012), Leão e Barros (2012), Simões et al. (2013), Shimoguiri e Costa-Rosa (2017), Souza et al. (2012) e Vasconcellos e Azevedo (2012) sugerem duas faces: a do despreparo técnico-profissional e a do despreparo afetivo-emocional. A primeira seria solucionável por meio de cursos de atualização e aperfeiçoamento técnico e clínico. A segunda demandaria medidas diferenciadas, da ordem do cuidado emocional ao trabalhador, não porque este seria inerentemente frágil ou problemático, mas por reconhecer que o trabalho, em si, é potencialmente desgastante (Souza et al., 2012).

Pesquisadores e profissionais de saúde, mesmo que vindos de linhas e vertentes teóricas diferentes, estão engajados em uma corrente defensora da causa inclusiva, que valoriza o fortalecimento de vínculos éticos, solidários, igualitários e respeitosos entre pessoas e grupos (Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012). Estão, em suma, mobilizados pela busca de melhorias a serem realizadas no âmbito da saúde mental. Entretanto, percebe-se também que o fato de o movimento, como um todo, não focalizar suficiente e satisfatoriamente a dimensão afetivo-emocional que se mobiliza quando a questão da loucura está em foco, possivelmente retardará avanços necessários e significativos (Generoso & Guerra, 2012; Leão & Barros, 2012; Simões et al., 2013; Shimoguiri & Costa-Rosa, 2017; Souza et al. 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho, foi possível compreender no geral, que a eletroconvulsoterapia (ECT) é uma técnica terapêutica que proporciona uma melhora rápida nos sintomas psiquiátricos, promovendo a saúde mental e a qualidade de vida do paciente com transtorno mental grave. Além disso, essa técnica é utilizada quando os psicofármacos não são tolerados, quando outras formas de terapia não funcionam ou quando os medicamentos não podem ser tomados.

Boa parte dessa melhora, está associada na identificação do quadro clínico do paciente, observando se ele se encontra debilitado, com risco de suicídio iminente, presença de sintomas catatônicos, psicóticos, depressivos e maníacos graves ou quando o sujeito possui histórico de esquizofrenia, bipolaridade. A eletroconvulsoterapia se apresenta segura, muitas vezes mais que o uso de certos fármacos, principalmente para uma parcela da população, onde inclui-se pacientes fisicamente descapacitados, pediátricos, geriátricos e em gestação.

Porém, a partir da década de 30, com a origem da ECT e a observação da eficácia dela dentro dos manicômios/asilos em pacientes internados, acabou por ser mal-empregada, utilizada em excesso, muitas vezes, em pacientes sem indicação para o uso. Assim, a ECT caiu em desuso devido à imagem negativa, porém nunca extinta. Dessa forma, na passagem dos séculos, houve uma ruptura em relação às formas de gestão da loucura até então vigentes. Os loucos, antes reclusos junto a blasfemos, mendigos, ladrões, boêmios e devassos de toda sorte, passaram a encontrar seu lugar diferenciado de retiro nos hospitais psiquiátricos. Surgindo assim, um movimento chamado: Reforma Psiquiatria Brasileira.

Esse movimento, se apresentou como uma luta e transformação importante para a sociedade em geral, principalmente para sujeitos que possuem alguma doença psiquiátrica. A psicologia se preocupa concretamente com os sujeitos e não apenas com sua doença, trabalhando com a construção de possibilidade e subjetividade desse sujeito, contribuindo para a reinserção do mesmo na sociedade. O psicólogo, pelo olhar e o agir terapêutico, lida com a loucura, o sofrimento psíquico, a atenção psicossocial, escutando, acolhendo, cuidando, fazendo com que o paciente com transtorno mental interaja e se insira na sociedade, podendo construindo novas relações e mantendo as anteriores.

O Conselho Federal de Medicina, em 2002, reconheceu a importância da técnica terapêutica e regulamentou sua utilização, bem como os cuidados que devem ser utilizados e observados durante o tratamento, sendo aprovada a Resolução nº 1.640, subsidiada pela Lei nº 10.216/01. Desse modo, pode-se pensar que de certo modo a Reforma Psiquiátrica

Brasileira (RPB) contribuiu na legalização da ECT. Após a RPB, o procedimento tornou-se mais humanizado, pois durante esse movimento houve grandes mudanças técnicas, aprimorando a segurança e sua eficácia, mas de modo mais amplo e cuidadoso (Birman, 1992). De acordo com Deleuze (1997), o objetivo da psicologia é tornar a ECT uma técnica terapêutica humanizada, reduzindo o preconceito, incluindo o paciente na sociedade, possuindo um acompanhamento psicoterápico.

Considerando a RPB sinônimo de modernização das técnicas terapêuticas como a ECT, Dell'Àcqua (1991) vê necessário excluir as características violentas e perversas dos manicômios pois, isto constitui uma luta e transformação importante para a sociedade em geral, principalmente para sujeitos que possuem alguma doença psiquiátrica. Segundo o autor, a psicologia se preocupa com os sujeitos e não apenas com sua doença, trabalhando com a construção de possibilidade e subjetividade desse sujeito, contribuindo para a reinserção do mesmo na sociedade. Efetivamente, a prática psicologia responsabiliza-se para com o sofrimento do indivíduo e com outros paradigmas centrados no cuidado e na cidadania enquanto princípio ético (Dell'Àcqua, 1991). Para Rotelli (1990) a postura do psicólogo é determinada sempre pelo olhar e agir terapêutico, lidando com a loucura, o sofrimento psíquico, a atenção psicossocial, o escutar, o acolher, o cuidar, o interagir e o inserir esses pacientes, construindo novas relações entre a sociedade e a loucura. Com as discussões conceituais colocadas, verifica-se que a saúde mental deve ser tratada vinculada aos direitos humanos, porque é evidente, no que tange à dignidade humana, a criação de novas modalidades assistenciais que devem ser desenvolvidas a partir da realização de vários projetos relacionados à humanização, visando a manutenção da qualidade de vida (Marchewk, 2007).

Dessa forma, Riley (2018) salienta a importância do uso da ECT visando a qualidade de vida do paciente. Tal constatação baseia-se na prática sistemática em alguns países, ficando em destaque, Portugal. Para o autor, o tratamento com a ECT nesse país, começa a ser uma referência para outros, apresentando índices favoráveis, com resultados positivos. Assim, os profissionais brasileiros também vêm apresentando interesse nessa área, quando observa o sucesso obtido neste campo de atuação pelos demais países (Riley, 2018). O presente estudo se justifica pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) com ênfase na prática da ECT, uma vez que essa se mantém ativa até os dias atuais. Essa técnica é bastante discutida como um assunto polêmica, muitas vezes, por ser desconhecida da maior parte da população. Há um estigma associado à terapia, por ter sido empregada no passado sem controle e/ou conhecimento,

sendo administradas altas doses de eletricidade sem anestesia, levando à perda de memória, ossos fraturados e outros efeitos colaterais graves (Riley, 2018).

Os princípios da Reforma Psiquiátrica estão em torno da ética e da humanização na psiquiatria e dos tratamentos utilizados, humanizando também a assistência à pessoa com transtorno mental. Desta forma, com as discussões conceituais colocadas, verifica-se que a saúde mental deve ser tratada como a vinculação dos direitos humanos. Se mostrando evidente, no que tange à dignidade humana, a criação de novas modalidades assistenciais, que devem ser desenvolvidas, a partir da realização de vários projetos relacionados à humanização, visando a manutenção da qualidade de vida.

No que se refere a ECT na Reforma Psiquiátrica Brasileira, encontra-se um olhar de destaque apenas na doença, nos sintomas e na naturalização a ela conferida, enquanto categoria separada de quem a vivência. O que, se distancia da Reforma Psiquiátrica Brasileira, essa baseada numa ética complexa do ser humano. Trabalhando sob a ótica de oferecer uma melhor qualidade de vida para o usuário, estimulando autonomia, preocupando com a reinserção no contexto social, possibilitando um exercício de cidadania. Sendo essa técnica apenas válida ou coerente, se pudesse ser visualizada, não elegendo a suposta doença como o objeto exclusivo de intervenção.

É visto que, apesar da modernização da eletroconvulsoterapia, das leis regulamentando o uso, ainda é uma técnica em volta de preconceitos. Desse modo, o presente estudo refere que a ECT ainda está sendo discutida, sendo ainda um assunto polêmico, muitas vezes, por ser desconhecida pela comunidade envolvida no âmbito da saúde, como também, a sociedade em geral. Há um estigma associado a essa técnica, por ter sido empregada no passado, sem controle e/ou conhecimento, administrada em altas doses de eletricidade sem anestesia, levando à perda de memória, ossos fraturados e outros efeitos colaterais graves.

Referente ao preconceito que paira sobre a técnica de ECT, é possível visualizá-lo, ainda mais, fazendo um paralelo com a cardiologia, que também se utiliza de estímulos elétricos em algumas situações emergenciais, como por exemplo: em casos de reanimação de alguém com parada cardíaca. Fazendo essa associação, explicita um preconceito em relação à psiquiatria e o uso dos estímulos elétricos, recebendo um estigma social na comunidade científica.

A eletroconvulsoterapia, é um tratamento controverso e polêmico, tanto da área psiquiatria, quanto da área psicológica. Dessa forma, esse estudo deparou-se com algumas limitações. A própria natureza da ECT, seu 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 a existência de artigos controverso, além de possuir pouco material científico frente a essa temática.

Várias questões permanecem em aberto em relação à eletroconvulsoterapia. Enquanto novos estudos não são publicados, é importante que o tratamento com a ECT seja aplicado de acordo com as mais recentes diretrizes disponíveis. Dessa forma, pode-se deixar como sugestão de ampliação do trabalho, a possibilidade de entrevistar e questionar pacientes com doenças psiquiátricas que utilizaram a técnica terapêutica, chamada eletroconvulsoterapia, e aos familiares ou cuidadores que estavam presentes no contexto e que acompanharam o procedimento do início ao fim. Assim, será possível traçar de maneira mais eficaz os prós e contras da ECT.

**REFERÊNCIAS**

- Alvarenga, P. G., Soares, M. M., Issler, C., & Lotufo-Neto, F. (2005). Estado-misto: considerações diagnósticas e terapêuticas a partir de um relato de caso [Versão Eletrônica]. *São Paulo: Archives of Clinical Psychiatry*, 32(6), 336-340. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000600005>
- Alvarenga, P. G., & Rigonatti, S. P. (2005). Uso de olanzapina e eletroconvulsoterapia em um paciente com esquizofrenia catatônica refratária e antecedentes de síndrome neuroléptica maligna [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 324-327. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300012>
- Andrade, A. P. M., & Maluf, S. W. (2017). *Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Saúde em Debate*, 41(112), 273-284. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711222>
- Antunes, P. B., Rosa, M. A., Belmonte-de-Abreu, P. S., Lobato, M. I. R. & Fleck, M. P. (2009). Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31(1), 26-33. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500005>
- Bastos, O. (2003). Eletroconvulsoterapia: diretrizes para o seu uso no Brasil. *Jornal do Psiquiatra*, 3(18).
- Baruffi, H. (2004). *Metodologia da pesquisa: manual para elaboração de monografia*. Dourados (MS): HBedit.
- Barros, S., & Salles, M. (2011). Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde [Versão Eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 1780-1785. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>
- Bezerra, D. S. (2013). *O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira*. Curitiba: Editora CRV, 14-160.
- Braga, R. J., & Petrides, G. (2007). Terapias somáticas para transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 29(2), 77-84. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462007000600007>
- Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2015). *A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira* [Versão

- Eletrônica]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 33-44. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0227>
- Birman, J. (1992). *A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 71-90.
- Busnello, E. (1995). *Eletroconvulsoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 272-279.
- Carvalho, A., & Amarane, P. (2000). *Forças, diferenças e loucura: pensando para além do princípio da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 41-52.
- Casarin, H. de C. S., & Casarin, S. J. (2012). *Pesquisa científica: da teoria à prática*. Curitiba: Inter Saberes.
- Costa, N. R., Siqueira, S. V., Uhr, D., Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011). *Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil* [Versão Eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4603-4614. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009>
- Dal Poz, M. R., Lima, J. C. S., & Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica [Versão Eletrônica]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 621-639. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200012>
- Del Porto, J. (2006). *Atualidades sobre eletroconvulsoterapia*. Rio de Janeiro: SNC emFoco, 2(2), 16-26.
- Dell'Acqua, G. (1991). *Resposta à crise*. Rio de Janeiro: Edição do autor, 53-79.
- Deleuze, G. (1997). *Clínica e crítica*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Fink, M. (2007). *Psicobiologia do eletrochoque*. Porto Alegre: Artmed, 206-213.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gallio, G. (1991). *A loucura na sala de jantar*. Santos: Edição do Autor, 27-51.
- Gama, J. R. A. (2012). A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais [Versão Eletrônica]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1397-1417. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400008>
- Generoso, C. M., & Guerra, A. M. C. (2012). Desinserção social e habitação: a psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira [Versão Eletrônica]. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 15(3), 524-539. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000300006>
- Gil, A. C. (1996). *Como elaborar projetos de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2011). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas S.A.

- Gonçalves, L. L. M., & Barros, R. D. B. (2013). *Função de publicitação do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica* [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 108-116. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000600014>
- Koller, S. H., Couto, M. C. P. P., & Hohendorff, J. V. (2014). *Métodos de pesquisa: manual de produção científica*. Porto Alegre, RS: Penso.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Leão, A., & Barros, S. (2012). *Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 572-586. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>
- Lima, T. C. de S. & Miotto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*, 10(1), 37-45.
- Lobosque, A.M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). *A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
- Madeira, N., Santos, T., Relvas, J. S., Abreu, J. L. P., & Oliveira, C. V. (2012). Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 45-48. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100009>
- Magaldi, F. S. (2018). *A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira* [Versão Eletrônica]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(1), 69-88. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000100005>
- Marchewk, T. M. N. (2007). A humanização na assistência à saúde mental no hospital geral: uma das alternativas terapêuticas na reforma psiquiatria garantida pelos direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário: São Paulo*, 8(1), 43-60.
- Machado, F. B., Filho, I. M. M., Fidelis A., Almeida, R.J., Nascimento, M.S.S.P., & Carneiro, K. C. (2018). Eletroconvulsoterapia: implicações éticas e legais. *Revista Científica Sena Aires*, 7(3): 235-47.
- Miranda, L., Oliveira, T. F. K., & Santos, C. B. T. (2014). *Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade* [Versão Eletrônica]. *Psicologia:*

- Ciência e Profissão, 34(3), 592-611. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001662013>
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar [Versão Eletrônica]. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700007>
- Moser, C. M., Lobato, M. I., & Belmonte-de-Abreu, P. (2005). Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 302-310. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300009>
- Neves, M. C., Kummer, A., Luciano, L. M., Lauer, H., Salgado, J. V., Nicolato, R., & Teixeira, A. L. (2006). Hepatotoxicidade grave secundária a psicofármacos e indicação de eletroconvulsoterapia a paciente com esquizofrenia [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 74-77. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100011>
- Perizzolo, J., Berlim, M. T., Szobot, C. M., Lima, A. F. B. S., Schestatsky, S., & Fleck, M. P. A. (2003). Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 327-334. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000200009>
- Riley, A. (2018). The surprising benefits of electroconvulsive therapy [Versão Eletrônica]. *Revista BBC Future*. Acesso em 31 de Março, 2019, de <http://www.bbc.com/future/story/20180502-the-surprising-benefits-of-electroshock-therapy-or-ect>.
- Resende, H. (2007). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Editora: Vozes.
- Rotelli, F. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Sabbatini, R. (2001). A história da terapia por choque em psiquiatria. *Revista Científica Cérebro e Mente*, 1-11.
- Salleh, M. A., Papakostas, I., Zervas, I., & Christodoulou, G. (2006). Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria [Versão Eletrônica]. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 33(5), 262-267. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000500006>
- Sampaio, J. J. (1988). *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ. Dissertação de Mestrado.

- Severino, A. J. (2000). *Metodologia do trabalho científico* (21<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Cortez.
- Shimoguirí, A. F. D. T., & Costa-Rosa, A. (2017). *Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 845-856. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0202>
- Silva, B. A. B. (2012). *Mundo singular: entenda o autismo*. Rio de Janeiro: Fontanar.
- Stevens, A. (1996). Electroconvulsivetherapy: a review on indications, methods, risks, and medication. *Einaudi Psychiatry*, 165-174.
- Silva, E. K. B., & Rosa, L. C. S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado [Versão Eletrônica]. *Revista Katálysis*, 17(2), 252-260. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011>
- Silva, M. L. B., & Caldas, M. T. (2008). *Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 344-361. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>
- Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). *O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica* [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 275-282. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200014>
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B., & Lima, R. P. (2012). *Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira* [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1022-1034. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>
- Vasconcellos, V. C., & Azevedo, C. (2012). *Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados* [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, 17(4), 659-668. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400012>

## ANEXO

## Ficha de leitura

Categorias	Subcategorias	Referência
Eletroconvulsoterapia (ECT)	Definição da eletroconvulsoterapia	<p>Salleh, M. A., Papakostas, I., Zervas, I., &amp; Christodoulou, G. (2006). Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria [Versão Eletrônica]. <i>Arquivos de Psiquiatria Clínica</i>, 33(5), 262-267. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <a href="https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000500006">https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000500006</a></p> <p>Moser, C. M., Lobato, M. I., &amp; Belmonte-de-Abreu, P. (2005). Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica [Versão Eletrônica]. <i>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</i>, 27(3), 302-310. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <a href="https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300009">https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300009</a></p> <p>Braga, R. J., &amp; Petrides, G. (2007). Terapias somáticas para transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento [Versão Eletrônica]. <i>Jornal Brasileiro de Psiquiatria</i>, 29(2), 77-84. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <a href="https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462007000600007">https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462007000600007</a></p>

- Uso da eletroconvulsoterapia em pacientes com doenças psiquiátricas Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar [Versão Eletrônica]. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700007>
- Antunes, P. B., Rosa, M. A., Belmonte-de-Abreu, P. S., Lobato, Maria Inês Rodrigues, & Fleck, Marcelo P. (2009). Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31(1), 26-33. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500005>
- Madeira, N., Santos, T., Relvas, J. S., Abreu, J. L. P., & Oliveira, C. V. (2012). Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 45-48. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100009>
- Alvarenga, P. G., Soares, M. M., Issler, C., & Lotufo-Neto, F. (2005). Estado-misto: considerações diagnósticas e terapêuticas a partir de um relato de caso [Versão Eletrônica]. *Archives of Clinical Psychiatry*

(São Paulo), 32(6), 336-340. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000600005>

Neves, M. C., Kummer, A., Luciano, L. M., Lauer, H., Salgado, J. V., Nicolato, R., & Teixeira, A. L. (2006). Hepatotxicidade grave secundária a psicofármacos e indicação de eletroconvulsoterapia a paciente com esquizofrenia [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 74-77. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000100011>

Alvarenga, P. G., & Rigonatti, S. P. (2005). Uso de olanzapina e eletroconvulsoterapia em um paciente com esquizofrenia catatônica refratária e antecedentes de síndrome neuroléptica maligna [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 324-327. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000300012>

A  
Eletroconvulsoterapia  
na Reforma  
Psiquiátrica Brasileira

Magaldi, F. S. (2018). *A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira* [Versão Eletrônica]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(1), 69-88. Acesso em 10 de Agosto,

2019, <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000100005>

Perizzolo, J., Berlim, M. T., Szobot, C. M., Lima, A. F. B. S., Schestatsky, S., & Fleck, M. P. A. (2003). Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 327-334. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000200009>

Silva, M. L. B., & Caldas, M. T. (2008). *Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 344-361. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>

Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)	História da Reforma Psiquiátrica Brasileira	Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2015). <i>A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira</i> [Versão Eletrônica]. <i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i> , 19(52), 33-44. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <a href="https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0227">https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0227</a>
---------------------------------------	---	--

Gama, J. R. A. (2012). A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais [Versão Eletrônica]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1397-1417. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400008>

Gonçalves, L. L. M., & Barros, R. D. B. (2013). *Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica* [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 108-116. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000600014>

Barros, S., & Salles, M. (2011). Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde [Versão Eletrônica]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 1780-1785. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>

Andrade, A. P. M., & Maluf, S. W. (2017). *Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Saúde em Debate*, 41(112), 273-284. Acesso em 10 de Agosto, 2019,

<https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711222>

Costa, N. R., Siqueira, S. V., Uhr, D., Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011). *Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil* [Versão Eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(12), 4603-4614. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009>

Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). *A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, *26*(1), 155-170. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>

Miranda, L., Oliveira, T. F. K., & Santos, C. B. T. (2014). *Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade* [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *34*(3), 592-611. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001662013>

Dal Poz, M. R., Lima, J. C. S., & Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica [Versão Eletrônica]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(2), 621-639. Acesso em 10 de Agosto, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200012>

Silva, E. K. B., & Rosa, L. C. S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado [Versão Eletrônica]. *Revista Katálysis*, 17(2), 252-260. Acesso em 10 de Agosto, 2019, [dehttps://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011](https://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011)

Profissionais da  
saúde frente a  
Reforma Psiquiátrica  
Brasileira

Generoso, C. M., & Guerra, A. M. C. (2012). Desinserção social e habitação: a psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira [Versão Eletrônica]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(3), 524-539. Acesso em 10 de Agosto, 2019, [de https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000300006](https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000300006)

Shimoguri, A. F. D. T., & Costa-Rosa, A. (2017). *Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 845-856. Acesso

em 10 de Agosto, 2019, de  
<https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0202>

Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). *O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica* [Versão Eletrônica]. Estudos de Psicologia (Campinas), *30*(2), 275-282. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200014>

Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B., & Lima, R. P. (2012). *Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira* [Versão Eletrônica]. Saúde e Sociedade, *21*(4), 1022-1034. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>

Leão, A., & Barros, S. (2012). *Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira* [Versão Eletrônica]. Saúde e Sociedade, *21*(3), 572-586. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>

Vasconcellos, V. C., & Azevedo, C. (2012). *Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados* [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, 17(4), 659-668. Acesso em 10 de Agosto, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400012>