

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

PAULA BARROS ANTUNES

EFEITO DA ELETROCONVULSOTERAPIA SOBRE SINTOMATOLOGIA
PSIQUIÁTRICA E QUALIDADE DE VIDA

Porto Alegre, dezembro de 2008

PAULA BARROS ANTUNES

Dissertação de Mestrado

**EFEITO DA ELETROCONVULSOTERAPIA SOBRE SINTOMATOLOGIA
PSIQUIÁTRICA E QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria.

ORIENTADOR: PROF. DR. MARCELO PIO DE ALMEIDA FLECK

Porto Alegre, dezembro de 2008

A636e Antunes, Paula Barros

Efeito da eletroconvulsoterapia sobre sintomatologia psiquiátrica e qualidade de vida / Paula Barros Antunes ; orient. Marcelo Pio de Almeida Fleck. – 2008.
108 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

1. Eletroconvulsoterapia 2. Qualidade de vida 3. Indução de remissão 4. Sobrevivência livre de doença 5. Transtornos mentais I. Fleck, Marcelo Pio de Almeida II. Título.

NLM: WM 412

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Marcelo Fleck pela imensa disponibilidade e competência.

Aos meus pais Sérgio e Helena pelo amor e apoio incondicional em todas etapas da minha vida.

Ao meu irmão Marcelo pelo amor e orgulho que me dá.

À minha segunda mãe Marli por me cuidar com tanto carinho.

Ao meu namorado José pelo amor, companheirismo e por me fazer tão feliz.

Aos meus demais familiares por estarem sempre ao meu lado.

Às minhas amigas, em especial à Tatiana Laufer da Silva, pela grande amizade.

Ao meu analista José Carlos Calich que me mostrou como a vida pode ser vivida de forma mais leve e feliz.

Aos colegas do grupo do Fleck pelo auxílio nesse trabalho.

À equipe de enfermagem da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e aos médicos residentes pela enorme ajuda com a coleta dos pacientes.

Aos pacientes, que mesmo passando por intenso sofrimento, se dispuseram a colaborar com essa pesquisa.

RESUMO

Introdução: A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento médico que consiste na indução de crises convulsivas para o tratamento de sintomas psiquiátricos. Transtornos resistentes a terapias medicamentosas e a necessidade de uma resposta rápida constituem sua principal indicação.

Objetivos: Avaliar a eficácia da ECT na melhora na sintomatologia e na qualidade de vida de pacientes com transtornos psiquiátricos graves. Comparar o ponto de vista do médico com a perspectiva do paciente quanto a sua melhora (artigo 1). Avaliar a taxa de remissão da depressão no subgrupo de pacientes deprimidos (artigo 2). **Métodos:** Num delineamento longitudinal e observacional, todos os pacientes submetidos à ECT que estavam internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que aceitaram participar do estudo e apresentavam condições clínicas de serem entrevistados foram avaliados antes de iniciar o tratamento e após todo o curso de ECT. No período pré tratamento foi aplicado o MINI para avaliação diagnóstica. As escalas BASIS-32 (*Behavior and symptom identification scale*), BPRS-A (*Brief Psychiatry Rating Scale – Anchored*), CGI (Impressão Clínica Global) e a WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life – forma breve*) foram aplicadas antes de iniciar a primeira sessão de ECT e repetidas após o término da série completa. Para avaliar se a mudança percebida pelo clínico foi semelhante à

mudança percebida pelo paciente foi feita a comparação do tamanho de efeito das duas escalas de psicopatologia, a BASIS-32 (instrumento de auto-avaliação) e a BPRS (preenchida pelo entrevistador) (artigo 1). Para verificar a taxa de remissão da depressão foi utilizada a escala CGI e definido como remissão os escores 1 e 2 dessa escala (artigo 2). **Resultados:** 88 pacientes foram convidados a participar do estudo, sendo que 30 (34,1%) não foram incluídos (recusa ou incapacidade de responder aos questionários). Dos 58 pacientes avaliados, a ECT foi indicada por depressão resistente em 47 (81,1%) pacientes. Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre os períodos pré e pós ECT nos escores das escalas BASIS-32, BPRS-A, CGI e em todos os domínios do WHOQOL, com maior diferença nos domínios físico e psicológico do que relações sociais e meio ambiente. Os tamanhos de efeito das escala BASIS-32 e BPRS foram semelhantes, 1,01 e 1,02 respectivamente (artigo 1). Dos 58 pacientes avaliados, 44 tinham depressão maior ou depressão bipolar. A remissão dos sintomas foi observada em 40,9% dos pacientes (artigo 2). **Conclusão:** A ECT está associada com melhora da sintomatologia e da qualidade de vida de pacientes com doenças psiquiátricas graves. Esse efeito foi observado tanto na percepção do paciente como na percepção do clínico. Além disso, a ECT demonstrou-se eficaz no tratamento de pacientes com depressão resistente ao tratamento.

Descritores: eletroconvulsoterapia, qualidade de vida, percepção do paciente, remissão.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1. Eletroconvulsoterapia.....	8
1.2. Aspectos Históricos.....	8
1.3. Mecanismo de Ação.....	11
1.4. Indicações da Eletroconvulsoterapia.....	13
1.5. Avaliação Pré Eletroconvulsoterapia.....	22
1.6 Interação Medicamentosa.....	23
1.7 Contra-indicações.....	25
1.8 Consentimento Informado.....	26
1.9. Técnica de Administração.....	26
1.10. Efeitos Colaterais.....	32
1.11. Tratamento de Manutenção após a Eletroconvulsoterapia.....	35
1.12. Eletroconvulsoterapia e Qualidade de Vida.....	36
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	39
3. OBJETIVOS.....	40
3.1. Objetivos Gerais.....	40
3.2. Objetivos Específicos.....	40
4. HIPÓTESES.....	41
5. ARTIGO 1.....	42
6. ARTIGO 2.....	61
7. COMENTÁRIOS FINAIS.....	84
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	95

1. INTRODUÇÃO

1.1 Eletroconvulsoterapia

A eletroconvulsoterapia (ECT) é o tratamento somático mais antigo em uso na Psiquiatria atual. Embora tenha sua eficácia comprovada através de inúmeros estudos ao longo de várias décadas, permanece revestido de preconceito e oposição ao seu uso.

A ECT envolve a indução de crises convulsivas generalizadas por meio da passagem de corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos. É um tratamento eficaz para várias doenças psiquiátricas, porém é reservada para casos mais graves, já que, se comparada a medicações e psicoterapia, possui maior custo, necessidade de anestesia e carrega um estigma social (Rosenquist, 2007).

1.2 Aspectos Históricos

Os primeiros relatos do uso de substâncias para induzir convulsões no tratamento de pacientes psiquiátricos foram feitos por Paracelsus no século XVI, que utilizava a cânfora via oral para curar pessoas “lunáticas”.

O desenvolvimento da terapia convulsiva surgiu em 1934, com o interesse de Ladislav Von Meduna em tratar a esquizofrenia por meio

convulsões (Fink, 1984). Através da observação de que cérebros de pacientes epiléticos tinham células da glia em maior quantidade do que o normal, contrapondo-se aos cérebros dos esquizofrênicos que as tinham em menor quantidade, Meduna notou que parecia existir um "antagonismo biológico" entre estas duas doenças. Ele observou também que sintomas psicóticos da esquizofrenia freqüentemente melhoravam após uma convulsão e que a incidência de psicose era menor em pacientes com convulsões refratárias. Assim, teve a idéia de que a indução de convulsões poderia de algum modo tratar os sintomas psicóticos da esquizofrenia.

Inicialmente, ele tentou usar diversos agentes farmacológicos, sem êxito. Finalmente, ele descobriu que cânfora dissolvida em óleo era efetiva em animais e seres humanos. Em 1934, usou injeções de óleo canforado em um paciente que estava a vários anos afetado por esquizofrenia catatônica, obtendo sucesso no tratamento. Logo em seguida, Meduna descobriu que o pentilenotetrazol, ou metrazol, um potente agente convulsivante de ação central, era mais efetivo e rápido do que a cânfora (Fink, 2001). As convulsões induzidas por metrazol foram usadas como um tratamento eficaz durante quatro anos, antes da introdução das convulsões induzidas por corrente elétrica.

No entanto, a pesquisa de novos métodos de indução fazia-se necessária, pois o uso de substâncias químicas gerava uma sensação de terror e uma repulsa a cada injeção. Isto levava os pacientes a terem medo e rejeitarem o tratamento. Ugo Cerletti e Lucio Bini interessaram-se em induzir convulsões através de eletricidade. Após estudos com animais, em 1938, eles

utilizaram pela primeira vez o estímulo elétrico para induzir convulsões terapêuticas em um paciente psicótico (Fink, 2001). Este método passou a ser conhecido como eletroconvulsoterapia e, rapidamente, substituiu o metrazol. O uso de um estímulo elétrico para produzir a convulsão provou ser uma técnica mais confiável e eficaz do que o uso de meios químicos (McDonald, 2004).

Em poucos anos, a ECT tornou-se o principal método de tratamento biológico, não apenas para a esquizofrenia, mas também, e principalmente, para transtornos do humor. Nesses anos iniciais, a ECT era associada com medo e pânico, fraturas, cefaléia, lesões na língua e defeitos na memória. Subseqüentemente, a ECT passou por mudanças na técnica com múltiplas modificações e refinamentos que melhoraram a eficácia e a tolerabilidade do tratamento (Fink, 2001).

Em 1940, Bennett utilizou o curare com a idéia de que um relaxante muscular pudesse prevenir fraturas que resultavam de contrações musculares intensas ocorridas na fase clônica da convulsão (Bennett, 1941). Em 1952, foi descoberta a succinilcolina, uma melhor alternativa como relaxante muscular (Holmberg, 1952). Além disso, para evitar a consciência de uma paralisia respiratória, um agente para produzir anestesia geral era necessário. A segurança da ECT melhorou significativamente com a introdução do monitoramento cardio-pulmonar e eletroencefalográfico (McDonald, 2004). Para prevenir danos na mandíbula e nos dentes, o uso de um protetor bucal (“mordedor”) passou a ser utilizado (Fink, 2001).

O uso da anestesia geral e dos relaxantes musculares diminui consideravelmente alguns problemas associados à ECT, especialmente as fraturas e dores musculares decorrentes da atividade motora durante a convulsão (Perizzolo, 2003).

1.3 Mecanismo de Ação

O mecanismo de ação da ECT parece ser bastante complexo e seu efeito terapêutico ser decorrente de uma atuação em diferentes níveis. Sabe-se que há uma sobreposição de mecanismos de ação, e que a ECT tem mais efeitos do que qualquer outra medicação já estudada (Prudic, 2005).

Teorias já foram propostas para explicar de que maneira a ECT age para melhorar os sintomas do paciente. Conforme a teoria anticonvulsivante, durante um curso de tratamento, a ECT resulta num aumento do limiar convulsivo e numa diminuição na duração da convulsão, e a magnitude do aumento do limiar convulsivo está correlacionada a resposta clínica. A teoria anticonvulsivante define a convulsão estimulada pela ECT como um processo ativo na qual substâncias do sistema nervoso central (SNC) são liberadas, o que diminui a excitabilidade do cérebro, finaliza a convulsão e são essenciais para a ação terapêutica da ECT (Sackeim, 1999).

Estudos animais demonstram que a aplicação de choque eletroconvulsivo (*electroconvulsive shock* – ECS) induz mudanças em vários sistemas

neurotransmissores. No sistema serotoninérgico parece que a ECT realiza uma ação ativadora, levando a um aumento da densidade dos receptores 5HT₂ (Prudic, 2005). Experimentos in vivo mostraram que quando sessões repetidas de ECS são aplicadas, os receptores 5HT_{1A} dos neurônios pós sinápticos do hipocampo e do prosencéfalo sofrem uma “up-regulation” e as respostas induzidas por 5HT são potencializadas (Ishihara, 1999). Outro estudo com aplicação de ECS relatou aumento nos receptores 5HT_{2A} no córtex frontal (Burnet, 1995). Um aumento no número dos receptores 5HT₂ em plaquetas foi achado em 12 pacientes deprimidos (Stain-Malmgren, 1998).

No sistema dopaminérgico, a função do receptor dopaminérgico (auto-receptor) nos neurônios dopaminérgicos é atenuada pelo ECS. A redução da função do auto-receptor resulta num aumento de liberação da dopamina por neurônios terminais (Ishihara, 1999).

A ECT tem múltiplos efeitos no sistema adrenérgico, incluindo o aumento de turnover noradrenérgico, aumento na sensibilidade do receptor α_1 -adrenérgico e possivelmente diminuição pré-sináptica da sensibilidade do receptor α_2 -adrenérgico (McDonald, 2004).

Fatores neurotróficos (BDNF, NGF) parecem ter sua síntese protéica aumentada em células nervosas em estudos animais com ECS (Gall, 1991).

Alterações hormonais também são vistas na ECT (Wahlund, 2003). A prolactina aumenta em até 10 a 50 vezes o seu nível após uma sessão de ECT, retornando ao seu basal em 2h. O cortisol aumenta após a ECT, assim como o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), e diminui durante o curso de ECT. O

hormônio tireoestimulante (TSH) aumenta após a sessão de ECT e esse aumento parece estar relacionado ao tempo de duração das convulsões (Papakostas, 1990).

1.4 Indicações da Eletroconvulsoterapia

Antes do advento da psicofarmacologia, a ECT era utilizada como tratamento de primeira escolha para síndromes psiquiátricas. Com o surgimento de medicações eficazes no tratamento de sintomas psiquiátricos, a ECT passou a ser indicada para pacientes com doenças resistentes à medicação ou em casos agudos de situações em que haja risco de vida para o paciente.

Conforme a Associação Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association* (APA), 2001) a ECT é um tratamento de primeira escolha quando:

- Há necessidade de uma melhora rápida e consistente, seja por complicações clínicas ou psiquiátricas;
- Os riscos de outros tratamentos são maiores do que os riscos da ECT;
- Existe uma história prévia de resposta pobre a drogas e/ou boa resposta prévia à ECT;
- O paciente prefere esse tipo de tratamento.

Ainda de acordo com a mesma Associação (APA,2001), os critérios para indicação de ECT como o tratamento de segunda escolha são:

- Ausência de resposta terapêutica adequada;

- Efeitos colaterais graves e inevitáveis ou maiores do que podem ser provocados pela ECT;
- Deterioração do quadro clínico psiquiátrico.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (*National Institute for Clinical Excellence* (NICE), 2003), da Inglaterra, a ECT é recomendada apenas para atingir uma melhora rápida e a curto prazo de sintomas graves após uma tentativa adequada com outros tratamentos e/ou quando existirem situações com risco de vida em potencial, em indivíduos com depressão grave, catatonia ou mania prolongada ou severa.

Em aproximadamente 85% dos pacientes, a ECT é indicada por depressão (Prudic, 2005). A ECT também é eficaz no tratamento de doenças psicóticas, como esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, assim como na mania e nos estados mistos da doença bipolar. Outras condições que podem responder ao ECT incluem catatonia, doença de Parkinson, síndrome neuroléptica maligna, quadro de agitação em pacientes com demência e status epileticus.

Depressão

A eficácia da ECT no tratamento da depressão está bem estabelecida. A ECT é o tratamento biológico mais efetivo para depressão atualmente disponível. Nenhum tratamento até então se mostrou superior a ECT no tratamento da depressão maior em estudos controlados (Prudic, 2005).

Kho (Kho, 2003) demonstrou através de uma meta-análise, que a ECT é um tratamento superior para a depressão se comparada ao tratamento com antidepressivos ou à ECT simulada. Pagnin (Pagnin, 2004) também através de uma meta-análise, avaliou a eficácia da ECT em pacientes deprimidos e demonstrou significativa superioridade quando comparada à ECT simulada, ao placebo, a antidepressivos em geral, a antidepressivos tricíclicos e IMAO, indicando que a ECT é eficaz no tratamento da depressão, incluindo as formas graves e resistentes. Outra meta-análise que avaliou o efeito da ECT na depressão (UK ECT Group, 2003) também demonstrou evidência consistente que, a curto prazo, a ECT é um tratamento efetivo para pacientes com transtornos depressivos.

Uma revisão de 90 ensaios clínicos randomizados (ECR) feita pelo NICE avaliou a eficácia da ECT na depressão, concluindo também que a ECT tem maior benefício que antidepressivos e que a ECT real (quando uma corrente elétrica é aplicada) é mais efetiva que a simulada (quando nenhuma corrente elétrica é aplicada). Estudos preliminares demonstraram que a ECT é mais efetiva que a estimulação magnética transcraniana (NICE, 2003).

A importância do papel da ECT no manejo da depressão maior se dá porque o tratamento com antidepressivos ou psicoterapia falha em muitos pacientes e pela maior rapidez de resposta em relação à medicação, o que é necessário em situações graves que necessitam de abordagem de urgência, como a catatonia e risco de suicídio (McCall, 2007).

Estudos recentes demonstraram que a ECT é eficaz para todos os tipos de depressão, incluindo a unipolar, bipolar, psicótica e melancólica (Prudic, 2005).

A presença de sintomas psicóticos num quadro de depressão é um fator preditor de melhor resposta à ECT (Kho, 2003; Birkenhager, 2003; Petrides, 2001). Os pacientes deprimidos que apresentam sintomas psicóticos respondem melhor à ECT do que pacientes deprimidos sem sintomas psicóticos. Um estudo (Petrides, 2001) que comparou pacientes deprimidos psicóticos (n=77) com não psicóticos (n=176) demonstrou uma taxa de remissão da sintomatologia mais alta no grupo dos psicóticos.

Os fatores preditores de resposta à ECT em pacientes deprimidos não são consistentes na literatura. A história prévia de resistência ao tratamento medicamentoso foi associada, em alguns estudos (Dombrovski, 2005; Prudic, 1996; Prudic, 1990, Sackeim, 1990), com pior resposta à ECT; no entanto, outros estudos não acharam tal associação (Kho, 2005; Pluijms, 2002). Em relação à duração do episódio, alguns estudos acharam que maior duração está associada com pior resposta (Kho, 2005; Kildler, 1991; Prudic, 1996), mas um outro estudo não encontrou nenhuma relação entre a duração do episódio atual e a responsividade (Pluijms, 2006). Um estudo demonstrou que a responsividade à ECT diminui com a gravidade da depressão (Kindler, 1991). Daly (Daly, 2001) comparou o uso da ECT em pacientes deprimidos bipolares versus unipolares, porém não foram evidenciadas diferenças nas taxas de resposta ou de remissão entre os dois grupos.

Esquizofrenia

A ECT, usada tanto de forma isolada quanto em associação a medicações antipsicóticas, tem se mostrado eficaz no tratamento de sintomas agudos da esquizofrenia (Tang, 2003).

Uma revisão sistemática sobre o uso da ECT em esquizofrenia evidenciou que a ECT combinada com terapia antipsicótica pode ser considerada uma opção para pacientes esquizofrênicos, especialmente quando se deseja uma rápida melhora global e sintomática e quando houver limitação na resposta com o uso de medicação (Tharyan, 2005).

A ECT é particularmente útil em pacientes que se encontram no primeiro episódio psicótico (Uçok, 2006), principalmente os que apresentam marcada excitação e hiperatividade, delírios ou delirium. Além desses a presença das seguintes características em pacientes esquizofrênicos parecem sugerir boa resposta: (a) jovens a fim de evitar efeitos crônicos debilitantes; (b) catatônicos; (c) sintomas psicóticos positivos e (d) sintomas afetivos (Fink, 1996).

Mania e estados mistos

Antes da introdução do lítio e dos anticonvulsivantes, a ECT era o principal tratamento para os pacientes maníacos, assim como das fases depressivas da doença bipolar. A alta taxa de mortalidade decorrente da

exaustão e do suicídio foi rapidamente reduzida, fazendo da ECT um tratamento de primeira linha para a doença (Fink, 2006).

Após o surgimento do tratamento farmacológico para doença bipolar, a ECT passou a ser usada em pacientes resistentes ou intolerantes ao tratamento medicamentoso usual, ou àqueles com sintomas graves, como mania delirante (Prudic, 2005). A ECT é considerada uma alternativa efetiva à farmacologia no tratamento das diversas formas da mania – delirante, psicótica, melancólica, paranóide e cicladora rápida (Fink, 2006).

Uma revisão (Mukherjee, 1994) com 15 estudos (N=589) de pacientes com mania resistente ao tratamento indicou que a ECT está associada com remissão ou melhora clínica em 80% dos pacientes com mania.

Num estudo (Small, 1988) em que a ECT teve sua eficácia comparada a do lítio em pacientes maníacos, os pacientes submetidos a ECT apresentaram uma melhora maior nas primeiras 8 semanas de tratamento em comparação aos pacientes que receberam lítio. Após a oitava semana, a ECT e o lítio tinham eficácia comparável.

Embora a literatura demonstre a efetividade da ECT no tratamento da mania, ainda há pouca informação em relação ao seu uso em pacientes em estados mistos da doença bipolar. Alguns estudos demonstraram benefício da ECT em pacientes em estados mistos (Ciapparelli, 2001; Devanand, 2000; Gruber, 2000).

População geriátrica

Nos idosos, a ECT é indicada como segunda ou terceira linha de tratamento, no caso de falha terapêutica com medicações ou de efeitos colaterais intoleráveis. No entanto, quando uma resolução rápida dos sintomas é desejada ou quando o quadro é grave o suficiente para ameaçar a segurança e o bem estar dos pacientes e dos familiares e cuidadores, a ECT se torna a primeira opção de tratamento (Wilkins, 2008).

A depressão, tanto unipolar como bipolar, é a indicação de ECT mais freqüente em pessoas idosas. Também há evidência de que a ECT tenha eficácia no tratamento da catatonia, da mania, de transtornos psicóticos, demência com agitação grave e na doença de Parkinson com ou sem comorbidade psiquiátrica (Wilkins, 2008).

A resposta à ECT não diminui com a idade. Os idosos frequentemente tem comorbidades clínicas como doença cardiovascular, pulmonar, cerebrovascular e músculo esquelética, as quais podem aumentar o risco de complicações médicas da ECT. Idosos com doença cerebral estão em maior risco de disfunção cognitiva como efeito colateral. Por esses motivos, os riscos e benefícios devem ser cuidadosamente avaliados em cada paciente (Wilkins, 2008).

Catatonía

Catatonía é uma síndrome caracterizada por mudanças marcadas no tônus ou na atividade muscular que pode alternar entre um déficit de movimento extremo (estupor catatônico) e um quadro de intensa excitabilidade.

Diversas condições podem causar catatonía (Philbrick, 1994). A síndrome pode ser uma manifestação de transtornos de humor, tanto depressão quanto mania, ou esquizofrenia. Também pode ser uma condição induzida por substância ou por condição médica subjacente, como eventos cerebrovasculares, convulsão, infecção ou alteração metabólica.

É essencial que o diagnóstico da catatonía seja feito prontamente e o tratamento instalado, devido os riscos de complicações médicas resultante da identificação tardia, como desidratação, pneumonia, embolia pulmonar (Swartz, 2001). Catatonía maligna pode levar à desidratação, insuficiência renal, colapso cardíaco e morte (Wilkins, 2008). O tratamento da catatonía inclui avaliação de causas médicas adjacentes e medidas de suporte. Os benzodiazepínicos, especialmente o lorazepam, é o tratamento farmacológico com maior aceitação na síndrome catatônica (Bush, 1996).

Independente da etiologia, a ECT é indicada nos quadros catatônicos que não respondem a tentativa com benzodiazepínicos ou na síndrome catatônica letal (ou maligna) caracterizada por sintomas graves como estupor ou excitação, hipertermia, desregulação autonômica, rigidez ou alteração da consciência.

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson (DP) é um distúrbio do movimento caracterizado por tremor, bradicinesia, rigidez e distúrbios posturais. O uso da ECT em pacientes com DP parece ter efeitos positivos nos sintomas motores, independente de o paciente apresentar comorbidade psiquiátrica (Kennedy, 2003).

Uma quantidade razoável de literatura sustenta os efeitos positivos da ECT em pacientes com DP (Kennedy, 2003). Relatos e séries de caso (Fall, 1999; Wengel, 1998; Stern, 1991), estudos abertos (Fall, 1995; Pridmore, 1995) e estudos controlados com placebo (Andersen, 1987) demonstraram que a ECT melhora significativamente diversos sintomas motores, incluindo rigidez, bradicinesia e o fenômeno “liga-desliga”.

Outras indicações

O uso da ECT em pacientes demenciados necessita uma cuidadosa avaliação custo benefício e consideração da gravidade e prognóstico da demência subjacente, em função da idade avançada e dos prejuízos cognitivos. A ECT demonstrou ser efetiva e segura em pacientes demenciados que sofrem de depressão concomitante ou mania (McDonald, 2001; Weintraub, 2001; Rao, 2000; Nelson, 1991). Alguns relatos demonstram que a ECT pode ser benéfica no tratamento de distúrbios de comportamento que acompanham a demência

(Grant, 2001; Roccaforte, 2000; Holmberg, 1996; Carlyle, 1991). A ECT também demonstrou ser efetiva em pacientes com síndrome neuroléptica maligna (Trollor, 1999; Nisijima, 1999) e status epileticus (Cline, 2007; Lisanby, 2001).

A ECT é eficaz no tratamento de pacientes com retardo mental e transtornos psiquiátricos graves comórbidos, e possuem indicação semelhante a dos pacientes sem retardo mental, embora não existam estudos controlados que avaliem essa questão (van Waarde, 2001). Em um estudo que avaliou pacientes com retardo mental e comorbidade com transtornos de humor ou psicóticos, a ECT mostrou-se efetiva principalmente na melhora da irritabilidade e da hiperatividade (Reinblatt, 2004).

1.5 Avaliação Pré Eletroconvulsoterapia

Uma minuciosa avaliação psiquiátrica e clínica é essencial para analisar a relação risco-benefício do ECT, para cada paciente.

O primeiro momento da avaliação é a definição do diagnóstico psiquiátrico atual. Deve-se explorar a história psiquiátrica prévia, os tratamentos farmacológicos já utilizados e suas respectivas respostas, o que pode auxiliar na decisão de qual tratamento a ser seguido após a série de ECT. Investigar se o paciente já realizou ECT previamente; caso já tenha realizado, se respondeu bem e quais os efeitos colaterais apresentados, incluindo reações à anestesia.

Após a indicação de ECT, o paciente deve ser avaliado clinicamente para descartar condições que contra-indiquem o procedimento, com foco especial nos sistemas cardio-pulmonar e neurológico. Devem ser realizados uma história médica e exame clínico completos, exame neurológico e revisão de sistemas. Alguns exames de rotina como hemograma, eletrólitos, eletrocardiograma devem ser solicitados. Em pacientes com doenças pulmonares deve ser realizado um Raio-X de tórax.

1.6 Interação Medicamentosa

Durante a avaliação, é fundamental investigar se o paciente está usando medicações, pelo risco de interação das mesmas com a ECT ou com a anestesia.

Os anticonvulsivantes, por aumentarem o limiar convulsivo, devem ser descontinuados antes do início do curso do tratamento. No caso de a indicação do anticonvulsivante ser por causa neurológica – e não psiquiátrica – a medicação pode ser mantida sem alteração, a menos que ocorra um empobrecimento da expressão da convulsão com uma pobre resposta clínica. Nessa circunstância, reavaliar doses juntamente com o neurologista (Prudic, 2005).

Já foram relatados estados confusionais e convulsões prolongadas em pacientes que vinham em uso concomitante de lítio (Small, 1980; Sartorius,

2005). Portanto, o lítio deve ser descontinuado num tratamento agudo com ECT, pelo menos 48 horas antes. Na ECT de manutenção as doses devem ser retiradas 24h antes da sessão.

Os benzodiazepínicos, por terem efeito anticonvulsivante, devem ter suas doses diminuídas ao máximo possível. Caso não puderem ser retirados, deve-se tentar usar um de meia vida mais curta.

Os antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO) possuem risco de interação com agentes anestésicos. Pode acontecer, embora raro, de eventos cardiovasculares necessitarem o uso de vasopressores, que não seriam metabolizados caso houvesse uso recente de IMAO. Os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina (ISRS) são seguros na maioria dos pacientes, enquanto que os antidepressivos tricíclicos são seguros em pacientes não cardiopatas. O efeito dos antipsicóticos pode ser potencializado quando combinado à ECT.

Embora os anticonvulsivantes, o lítio e os antidepressivos IMAOs devam ser idealmente suspensos, essas medicações ainda podem ser usadas conforme necessidade e tomando os devidos cuidados. É importante garantir a adesão ao tratamento e evitar crises de ansiedade com ou sem hipertensão antes das sessões, o que poderia ser alcançado com uso de benzodiazepínicos.

A teofilina tem sido associada com status epileticus durante a ECT, sendo portanto, indicado sua suspensão previamente ao procedimento. Pacientes com glaucoma em uso de ecotiofato devem ter sua medicação trocada, pois o ecotiofato pode potencialmente interagir com a succinilcolina e prolongar o

período apnéico. Em diabéticos, medicações hipoglicemiantes devem ser suspensas na manhã do tratamento para minimizar os riscos de hipoglicemia, já que o paciente ficará em jejum.

1.7 Contra-indicações

Embora não haja contra-indicações absolutas à ECT, algumas condições clínicas podem aumentar o risco de complicações requerendo uma avaliação mais criteriosa e precauções adicionais (McDonald, 2004; Prudic, 2005). Entre elas:

- Doenças cardíacas instáveis como infarto no miocárdio recente ou arritmias;
- Doenças cerebrovasculares como tumor, acidente vascular cerebral ou aneurismas;
- Condições que aumentam a pressão intracraniana;
- Doenças pulmonares graves;
- Doenças hemorrágicas ou anticoagulação;
- Glaucoma;
- Hipo ou hipercalemia;
- Hipertensão arterial sistêmica grave não tratada;
- Condições associadas a um escore de risco 4 (doença sistêmica grave com ameaça à vida) ou 5 (paciente moribundo, morte esperada nas próximas 24 horas) da classificação de status físico da “*American Society of Anesthesiologists*” (ASA Physical Status Classification System).

1.8 Consentimento Informado

Conforme a resolução Nº 1.640/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM) o consentimento informado deverá ser obtido do paciente, por escrito, antes do início do tratamento. Nas situações em que o paciente não apresentar condições mentais e/ou etárias necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo. Nas situações em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao paciente, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

No termo de consentimento informado onde deve constar a natureza e a gravidade do transtorno psiquiátrico, seu provável curso sem ECT, a natureza do procedimento, o risco e o benefício e as alternativas terapêuticas, incluindo a opção de não tratar o problema.

1.9 Técnica de Administração

Eletrodos

Quando a ECT foi desenvolvida, os eletrodos eram colocados bilateralmente na posição frontotemporal. Em 1949, Goldman introduziu o

posicionamento unilateral direito e passou a colocar os eletrodos sobre o hemisfério direito.

Na posição bilateral os eletrodos são colocados nas regiões frontotemporais, com o centro do eletrodo 2,5cm acima do ponto médio de uma linha imaginária que vai do tragus da orelha ao canto externo do olho. Na posição unilateral, o posicionamento d'Elia é o mais seguro e mais efetivo – um eletrodo é colocado na área frontotemporal no lado direito (não dominante) e o outro, no escalpo centroparietal, lateralmente ao vértice da linha média.

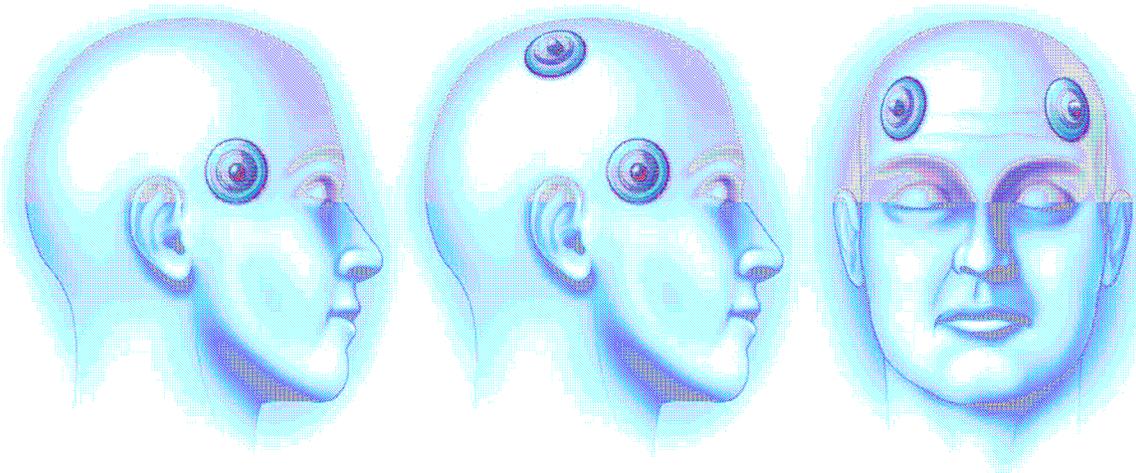


Figura 1- Posição do eletrodos na ECT (fonte: Lisandby, 2007)

Quanto à eficácia, alguns estudos mostram que a ECT unilateral com alta dosagem tem eficácia equivalente à ECT bilateral; porém, a ECT unilateral de baixa dosagem tem eficácia inferior (Fleck, 2005; Sackeim, 1993; Sackeim, 2000). Esses estudos indicaram que a posição unilateral no lado direito é associada com menor incidência de efeitos colaterais cognitivos, especialmente num seguimento de longo prazo (Sackeim, 2000).

Uma meta-análise (UK ECT Group, 2003) que avaliou 22 estudos (1408 pacientes) relatou que o ECT bilateral foi moderadamente mais efetivo que a ECT unilateral direita, com um tamanho de efeito de 0,32.

A posição bilateral frontotemporal está associada a mais efeitos colaterais cognitivos e é mais propensa a produzir delirium. Portanto, a dosagem do estímulo elétrico deve ser limitada a moderada a fim de atenuar os efeitos cognitivos o máximo possível (Prudic, 2005).

Recentemente, tem surgido interesse pelo posicionamento bi-frontal – com os eletrodos colocados simetricamente na região frontal. Essa posição pode ser uma alternativa promissora, considerando o balanço entre efeitos terapêuticos e adversos (Fleck, 2005; Fink, 2001).

Dosagem

A intensidade do estímulo elétrico é o grau que o estímulo elétrico excede o limiar convulsivo. A dosagem elétrica utilizada deve ser aquela necessária para desencadear uma crise tônico clônica que dure no mínimo 25 a 30 segundos (APA, 2001). A dosagem do estímulo afeta a eficácia do ECT unilateral, a velocidade da resposta clínica e os efeitos colaterais cognitivos (Sackeim, 1993). Baixa dosagem corresponde a um valor imediatamente acima do limiar convulsivo. Alta dosagem corresponde a um valor 3 a 6 vezes o valor do limiar quando os eletrodos estão na posição unilateral, 1,5 a 2,5 vezes quando bilateral (Perizzolo, 2003).

Existem 3 estratégias para determinar a dose do estímulo:

(1) Método de detecção do limiar:

Tem o objetivo de detectar o limiar convulsivo caso por caso. Essa técnica consiste em dar progressivamente doses maiores durante a sessão inicial, até que o limiar convulsivo seja alcançado. O primeiro estímulo é baixo o suficiente para resultar numa convulsão em apenas numa minoria de pacientes. A detecção do limiar é feita por meio de 3 tentativas consecutivas administrando doses progressivamente maiores (50% do que a tentativa anterior) até que a crise seja desencadeada. Caso o paciente não convulsione após a terceira tentativa, o procedimento é suspenso pelo risco de bradiarritmias (Fleck, 2005). No entanto, não há um consenso sobre o máximo de tentativas nem sobre a progressão do aumento. Outro esquema que também é utilizado aumenta em 100% a carga anterior a cada nova tentativa e, quando necessário, pode-se chegar até 4 tentativas. A dose na qual a convulsão é induzida é definida como limiar convulsivo. As vantagens dessa técnica é que a dosagem é mais precisa e individualizada para cada paciente.

(2) Dose baseada em fórmula:

Essa técnica utiliza fatores que influenciam o limiar convulsivo, como a idade, a disposição dos eletrodos, o gênero e as medicações em uso.

(3) Método de dosagem pré-selecionada:

Ocorre quando uma dose elétrica fixa é aplicada em todos os pacientes. É a técnica mais fácil e prática, porém pacientes com limiar baixo podem

receber uma dose muito maior do que necessário, o que resulta em maiores efeitos colaterais cognitivos (Sackeim, 1993).

Um estudo, (McCall, 2000) que comparou duas estratégias de dosagem, demonstrou que os pacientes recebendo alta dosagem fixa tiveram maior probabilidade de ter uma resposta antidepressiva no final do estudo (67% dos pacientes) do que comparado àqueles recebendo moderadas doses tituladas (39% dos pacientes).

Freqüência e número de sessões

A ECT é administrada, tipicamente, duas a três vezes por semana em dias não consecutivos. Duas vezes por semana é igualmente efetivo se comparada a três vezes por semana, é associada com menor incidência de efeitos colaterais cognitivos; no entanto, leva mais tempo para atingir melhora (Prudic, 2005).

O número de sessões de ECT varia conforme resposta clínica, sendo em média necessárias de oito a doze sessões. Alguns pacientes podem necessitar até de 20 sessões (Fleck, 2005). As sessões devem ser suspensas quando a remissão dos sintomas-alvo é atingida, ou quando não houver um incremento na melhora após 2 a 3 sessões com técnica otimizada (Prudic, 2005). A Associação Americana de Psiquiatria recomenda que o curso de ECT esteja completo quando ocorra um platô na resposta (APA, 2001).

Administração da ECT

As sessões de ECT geralmente são administradas pela manhã, após um período de jejum de 6 a 8 horas.

Os anestésicos são utilizados para produzir inconsciência durante o efeito do relaxante muscular e durante a convulsão. Tiopental, etomidato e propofol são os agentes mais utilizados no nosso meio, enquanto o metohexital é o agente preferido nos EUA (McDonald, 2004; Fleck, 2005; Prudic, 2005).

Após o paciente estiver anestesiado, é administrado um relaxante muscular, mais comumente a succinilcolina intravenosa, na dose de 0,75-1,5 mg/kg. Agentes anticolinérgicos como atropina (0,4 – 1,0mg) ou glicopirrolato (0,2 – 0,4mg) são usados para prevenir bradicardia induzida pela ECT e para minimizar secreções de vias aéreas. Essas drogas podem ser administradas via intramuscular 30 minutos antes do tratamento ou via intravenosa no momento do tratamento (McDonald, 2004; Prudic, 2005).

O paciente deve ser oxigenado com pressão positiva desde o início da anestesia até que a respiração espontânea seja restabelecida. O paciente deve ser monitorado com um oxímetro de pulso e ter sua pressão arterial e frequência cardíaca continuamente monitoradas. Antes de ser aplicado o estímulo elétrico, um “mordedor” deve ser colocado na boca do paciente para evitar fraturas dentárias (McDonald, 2004).

A crise convulsiva é monitorada por um aparelho de eletroencefalografia que registra a atividade cerebral do paciente. Para que a convulsão seja

monitorada clinicamente, um aparelho de pressão é colocado no braço do paciente para evitar que a succinilcolina atue no membro. Tal procedimento chama-se “técnica do manguito” e possibilita que a convulsão motora seja manifestada no membro não curarizado, permitindo sua observação e medição do tempo de convulsão (Prudic, 2005; Fleck, 2005). Convulsões que durarem mais de 3 minutos devem ser interrompidas com uma segunda dose do anestésico ou com uma dose de benzodiazepínico endovenoso (diazepam ou midalozam).

1.10 Efeitos Colaterais

A maioria dos efeitos colaterais é transitória e benigna, não trazendo nenhuma seqüela importante ao paciente. O risco de complicações graves é aproximadamente 1 em 1000 pacientes, semelhante ao risco da anestesia geral em procedimentos de pequeno porte. O risco de mortalidade é aproximadamente 1 para 10 000 pacientes. Alguns acreditam que o risco de morbimortalidade seja menor quando comparado ao uso de antidepressivos (Prudic, 2005). As complicações cardíacas são consideradas a maior causa de morbimortalidade, com aproximadamente 75% dos óbitos que ocorrem imediatamente após a ECT sendo decorrentes de causas cardiovasculares (Perizzolo, 2003).

Um estudo (Nuttall, 2004) que avaliou a morbidade e a mortalidade em 2279 pacientes submetidos à ECT, verificou que 0,92% dos pacientes apresentaram complicações, sendo na maioria arritmias cardíacas que não causaram dano permanente. Nessa amostra, 18 pacientes faleceram no primeiro mês após o curso de ECT, sendo nenhuma delas relacionada à terapia convulsiva. Munk-Olsen (Munk-Olsen, 2007) comparou a taxa de mortalidade de pacientes submetidos à ECT com a de pacientes psiquiátricos internados que não eram submetidos à ECT, num período de 25 anos. A taxa de mortalidade por causas naturais foi menor nos pacientes submetidos à ECT e a taxa de suicídio foi levemente maior, quando comparados aos outros pacientes.

Os efeitos colaterais cognitivos são a maior limitação do ECT, sendo o déficit na memória o efeito colateral mais importante. Logo após o curso de ECT, a maioria dos pacientes manifesta dificuldade em reter informações recém aprendidas (amnésia anterógrada) e lembrar eventos que ocorreram semanas ou meses antes do ECT (amnésia retrograda) (Sackeim, 2007). Na maioria dos pacientes, a amnésia anterógrada melhora rapidamente após o ECT. Já a amnésia retrógrada é o efeito colateral cognitivo mais persistente da ECT, melhorando durante os primeiros meses após a ECT. Para alguns pacientes a recuperação da memória é incompleta, com permanente amnésia para eventos que ocorreram no período do tratamento (Squire, 1983; Weiner, 1986). A memória de informações autobiográficas é menos afetada que eventos de natureza impessoal (Lisanby, 2000). Ensaios clínicos randomizados têm mostrado que o déficit na memória é mais grave com eletrodos posicionados

bilateralmente comparado à unilateralmente (Sackeim, 1993; Sackeim, 2000), e quanto maior a dosagem do estímulo (McCall, 2000; Sackeim, 1993).

Os primeiros aparelhos de ECT produziam pulsos com forma sinusoidal, enquanto que os aparelhos atuais produzem pulsos breves (1-2 ms) e, mais recentemente, ultrabreves (0,1-0,3 ms). Os estímulos sinusoidais parecem provocar mais efeitos colaterais cognitivos do que os pulsos breves (Weiner, 1986).

Estudos preliminares estão sugerindo que a ECT unilateral direita com estímulo ultrabreve (ECT RUL-UB) preserva a eficácia e reduz substancialmente os efeitos colaterais cognitivos. Sackeim (Sackeim, 2001a) observou uma dramática diferença nos efeitos cognitivos entre os estímulos ultrabreve e padrão, com uma vantagem da estimulação ultra breve sendo maior do que a unilateral versus bilateral.

Loo (Loo, 2007) demonstrou que a ECT RUL-UB pode ser efetiva no tratamento da depressão com menos efeitos colaterais do que a ECT unilateral direita padrão, porém com efeito mais lento, necessitando um maior número de sessões do que a ECT padrão. Em outro estudo, Loo (Loo,2008) comparou pacientes submetidos à ECT RUL-UB (0,3 ms) com ECT unilateral direita padrão (1,0 ms) e demonstrou que a eficácia foi equivalente nos dois grupos e os desfechos cognitivos foram superiores no grupo submetido à ECT RUL-UB.

Apesar de a ECT RUL-UB parecer provocar menos efeitos colaterais cognitivos, ainda é uma técnica que está sendo investigada e necessita estudos adicionais antes de ser amplamente empregada.

A ECT está associada com aumento do risco de complicações cardiovasculares em idosos com risco de doenças cardiovasculares. A ECT frequentemente produz hipertensão sistêmica transitória e mudanças abruptas na frequência cardíaca, que podem levar à arritmia ou isquemia cardíaca. Alguns autores recomendam o uso de medicações profiláticas como labetalol, nifedipina e esmolol, a fim de conter as respostas cardiovasculares ao ECT em idosos com DCV (McDonald, 2004)

Outros efeitos colaterais são cefaléia, náuseas e vômitos, mialgias. Delirium e desorientação pós ictal podem ocorrer, mas essas condições tendem a se resolverem dentro de 1 hora após o procedimento.

1.11 Tratamento de Manutenção após a Eletroconvulsoterapia

Apesar de a ECT ser um tratamento com eficácia no tratamento agudo de doenças psiquiátricas, a taxa de recaída após a descontinuação da ECT é alta se não houver tratamento de manutenção. É importante lembrar que os pacientes com indicação de ECT geralmente são pacientes com história de sintomas resistentes a medicações e que já fizeram várias tentativas de tratamento prévias a ECT.

Ainda existem poucos estudos que evidenciam a melhor alternativa a ser seguida após a série de ECT. A escolha do tratamento de manutenção deve ser cuidadosamente estabelecida e individualizada conforme a história do paciente.

Um estudo (Sackeim, 2001b) demonstrou que a associação de nortriptilina e lítio apresenta uma taxa menor de recaída (39%) em relação a placebo (84%) e nortriptilina em monoterapia (60%), em pacientes com depressão unipolar.

Uma revisão recente sobre a ECT de manutenção mostrou que, em pacientes com transtornos depressivos, a ECT de manutenção é uma importante opção de tratamento, principalmente naqueles pacientes que responderam bem ao curso agudo de ECT e apresentavam história de recaídas ou recorrências durante tratamento de manutenção com fármacos (Frederickse, 2006).

1.12 Eletroconvulsoterapia e Qualidade de Vida

O grupo de Qualidade de Vida (QV) da divisão de Saúde Mental da OMS definiu QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994). Enquanto sinais e sintomas permanecem sendo as características definidoras das doenças psiquiátricas, há um crescente consenso que a avaliação deve incluir dimensões mais amplas, como a qualidade de vida e o funcionamento.

O uso de medidas de QV em pacientes submetidos à ECT é relativamente novo em estudos dessa área. A avaliação de benefícios mais

amplos, além de apenas diminuir a sintomatologia, como a melhora na qualidade de vida, tem sido recentemente pesquisada.

Pacientes deprimidos tem baixa QV, com melhora importante com ECT. De outro lado, os efeitos colaterais da ECT, em especial o déficit cognitivo, podem ter efeitos negativos sobre a QV do paciente.

Há uma literatura crescente de estudos que avaliam a QV em pacientes submetidos a ECT. Fisher (Fisher, 2004) utilizou a escala de qualidade de vida SF-36 para comparar pacientes deprimidos hospitalizados submetidos à ECT com pacientes que realizaram outros tratamentos que não a ECT. Ambos os grupos melhoraram significativamente nas medidas do SF-36 entre a período pré ECT e a alta. Outro estudo (McCall, 2006) com 283 pacientes deprimidos internados em hospitais da comunidade também utilizou a escala SF-36 como medida de qualidade de vida. Houve melhora dos escores de qualidade de vida imediatamente após a ECT em 87% dos pacientes e 78% dos pacientes ainda mostrava essa melhora 6 meses após a ECT. A melhora da qualidade de vida foi mantida pelos 6 meses após o ECT naqueles pacientes que tiveram remissão sustentada da depressão.

Outros estudos que se propuseram a medir a qualidade de vida em pacientes submetidos à ECT utilizaram subescalas do instrumento de psicopatologia BASIS-32. McCall (McCall, 2001) comparou pacientes deprimidos submetidos à ECT com pacientes tratados apenas com medicações. Num seguimento de 12 meses o grau de melhora nos escores das subescalas Daily Living and Role Functioning da BASIS-32 foi significativamente maior no grupo

que recebeu ECT. Em outro estudo com pacientes deprimidos (McCall, 2004), foi observada melhora significativa ($p < 0,0001$) dos escores das subescalas Daily Living and Role Functioning e Relationship to Self and Other da BASIS-32 2 e 4 semanas após a série de ECT.

O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE, 2003), da Inglaterra, nas diretrizes sobre ECT publicadas em 2003, recomendou que mais informações sobre qualidade de vida são necessárias em pacientes que realizam ECT.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Apesar da ECT ser um tratamento com benefício estabelecido quando bem indicada, ainda há resistência ao seu uso por médicos e pacientes. Entre alguns setores da literatura, existe a hipótese de que o procedimento teria uma visão favorável por partes dos médicos, mas não dos pacientes. A importância de avaliar o grau de concordância de seu efeito por parte de médicos e pacientes se dá pela necessidade de investigar a percepção dos pacientes quanto à melhora de seus sintomas e sua qualidade de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

1) Avaliar o efeito da eletroconvulsoterapia em pacientes com transtornos psiquiátricos graves sob ponto de vista do paciente e do clínico (artigo 1).

2) Avaliar a taxa de remissão da depressão em pacientes com depressão unipolar e bipolar (artigo 2).

3.2 Objetivos Específicos

1) Avaliar o efeito da ECT na qualidade de vida, relatada pelos pacientes.

2) Avaliar o efeito da ECT na sintomatologia psiquiátrica a partir da observação do médico e dos pacientes.

3) Descrever o perfil sócio-demográfico, diagnóstico e as indicações de pacientes submetidos a eletroconvulsoterapia no HCPA.

4. HIPÓTESES

1) A ECT é um tratamento eficaz na melhora de sintomas e na qualidade de vida e o efeito percebido pelo paciente é semelhante ao efeito percebido pelo médico.

2) A ECT é um tratamento que alcança uma taxa de remissão considerável em pacientes com depressão refratária.

5. ARTIGO 1

Desfechos Clínicos e Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Eletroconvulsoterapia

Clinical Outcomes and Quality of Life in Patients Submitted to Electroconvulsive Therapy

Paula Barros Antunes MD^a; Marcelo P. Fleck MD, PhD^b

Aceito para publicação no Journal of ECT

^a Post Graduate Program of Departamento de Psiquiatria UFRGS/HCPA

^b Associated Professor of Departamento de Psiquiatria UFRGS/HCPA

Correspondence to: Paula Barros Antunes
Av. Nilo Peçanha 1452/404. CEP 91330-000. Porto Alegre, Brasil
Fax/Telephone Number: (55-51) 30242091
E-mail address: antunespaula@hotmail.com
Financing: FIPE – HCPA (# 05-070)

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito da eletroconvulsoterapia (ECT) na melhora clínica e na qualidade de vida em pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e comparar medidas de psicopatologia entre a perspectiva do paciente e do médico. **Métodos:** Num delineamento longitudinal e observacional, 58 pacientes submetidos à ECT foram avaliados para sintomas clínicos e qualidade de vida antes e 24 horas após o tratamento. A sintomatologia foi avaliada com as escalas *Behavior and symptom identification scale* (BASIS-32), *Brief Psychiatry Rating Scale – Anchored* (BPRS-A) e Impressão Clínica Global (CGI). A qualidade de vida foi avaliada com a escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-BREF. **Resultados:** Dos 58 pacientes avaliados, 25 tinham Depressão Maior (43,1%) e 23 tinham Transtorno Bipolar (39,7%). A ECT foi indicada por depressão resistente em 47 (81,1%) pacientes. Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre os períodos pré e pós ECT nos escores das escalas BASIS-32, BPRS-A, CGI e em todos os domínios do WHOQOL, com maior diferença nos domínios físico e psicológico do que relações sociais e meio ambiente. O tamanho de efeito das escalas BASIS-32 e BPRS foram semelhantes. **Conclusão:** A ECT está associada com melhora na sintomatologia e na qualidade de vida de pacientes com transtornos psiquiátricos, o que pode ser visto em medidas avaliadas pelo clínico (BPRS e

CGI) e também avaliadas pelos pacientes (WHOQOL e BASIS-32). Houve semelhança entre a percepção do paciente e do médico.

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia, qualidade de vida, percepção do paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of electroconvulsive therapy (ECT) on clinical and quality of life improvement in patients hospitalized at Hospital de Clínicas de Porto Alegre and compare psychopathology measures between the patient's and the physician's perspective. **Methods:** In a longitudinal and observational study, 58 patients submitted to ECT were assessed for clinical symptoms and quality of life before and 24 hours after treatment. Symptoms were assessed using the Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32), Brief Psychiatry Rating Scale - Anchored (BPRS-A), and Clinical Global Impression (CGI). Quality of life was assessed using the World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-BREF). **Results:** Of 58 patients assessed, 25 had major depression (43.1%) and 23 had bipolar disorder (39.7%). ECT was indicated due to resistant depression in 47 (81.1%) patients. There was a significant difference ($p < 0.001$) between the periods before and after ECT in BASIS-32, BPRS-A and CGI scores and in all WHOQOL domains, with greater difference in physical and psychological domains than in social relationships and environment. Effect size of BASIS-32 and BPRS scales was similar. **Conclusion:** ECT is associated with improvement in symptoms and in quality of life of patients with psychiatric disorders, which could be seen in measurements assessed by physicians (BPRS

and CGI) and also assessed by the patients (WHOQOL and BASIS-32). There was similarity between the patient's and the physician's perspective.

Key Words: electroconvulsive therapy, quality of life, patient's perception.

1. INTRODUCTION

Electroconvulsive therapy (ECT) is a safe and efficacious treatment for a wide range of psychiatric disorders. Meta-analyses and systematic reviews have shown that ECT is efficacious in depressed and schizophrenic patients.^{1,2,3,4,5}

Although its efficacy and safety have been confirmed, ECT is often seen from a negative and prejudicial perspective by the media and by the general population. A study of a community sample (non-clinical) found that only 1.2% of 1,737 individuals were in favor of this treatment.⁶ However, studies assessing the patients' view of ECT showed a favorable opinion by patients submitted to this therapy and by their relatives.^{7,8,9,10}

The patients' perception on the benefits of the ECT treatment was assessed in a systematic review of 16 articles, comparing studies carried out by clinicians with reports of work undertaken by patients or with the patients' collaboration.¹¹ The proportion of positive responses – patients who claimed the treatment was useful and that they would undergo it again – had wide variety, showing a large polarity between the studies. Patient led studies reported lower perception rates of benefits than clinical studies.

This study aims at evaluating the effect of ECT on outcomes assessed by physicians (symptoms) comparing them with outcomes assessed by the patient (self-assessed symptoms and quality of life). The hypothesis guiding this study is

that the effect perceived by the patient is similar to the effect perceived by the physician.

2. MATERIALS AND METHODS

From June 2005 through June 2007, all patients hospitalized at the Psychiatric Ward of Hospital de Clínicas de Porto Alegre who were indicated to undergo ECT were assessed to be included in the study. The sample was consecutive. Indication of ECT was performed by the assistance medical staff, with no interference from the research team. All the patients who agreed to participate in the study signed a consent form after receiving an explanation about the study purpose. The study was approved by the local Bioethics Committee.

The patients were assessed by a single interviewer (P.B.A.) at two different times: on the day prior to the first session of the ECT series, and on the day after the first series was completed. Information on sociodemographic and clinical data was collected in the pretreatment interview, and a diagnostic assessment was performed, in addition to an evaluation of the patients' quality of life and psychopathology measures. In the post treatment interview, the patients were assessed again as to quality of life and psychopathology. Patients who were not able to complete the questionnaires were excluded.

2.1 ECT Procedure

All patients received high-dose right unilateral ECT using the d'Elia position.¹² A MECTA SpECTrum 5000Q device delivered constant current, brief pulse bi-directional stimulus. Anesthesia was provided with thiopental (2-5mg/kg intravenously) and muscle relaxation with succinylcholine (1 mg/kg intravenously). The stimulus intensity was determinate by the titrated strategy. The ictal response was recorded with electroencephalogram (EEG) and the “cuff” method was used to monitor motor convulsive activity. An adequate seizure was defined as a myoclonus of 20 seconds or longer or an electroencephalographic seizure 25 seconds or longer.¹³

2.2 Instruments

- 1) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Brazilian version 5.0.0.¹⁴

The MINI is a brief questionnaire compatible with the DSM-IV criteria, organized by independent diagnostic criteria, exploring current disorders, with dichotomous responses (YES/NO).

- 2) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF.^{15,16}

This instrument is a subjective, self-administered index of quality of life comprised of 26 items divided into four domains: physical, psychological, social, and environmental.

3) Clinical Global Impression (CGI).¹⁷

It is a standardized instrument comprised of three subscales that allow physicians to quantify severity of the patient's current disease, change in severity throughout time, and efficacy of the treatment. This study uses the Brazilian Portuguese version of the first subscale, which evaluates "Disease Severity." The scores range from 1 (not sick) to 7 (extremely sick).

4) Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32).¹⁸

It is a self-administered instrument, which measures psychopathology in general. It has been validated and can be applied to both inpatients and outpatients. It is comprised of 32 items, which measure the degree of difficulty experienced by the patient in the past week using a 5-point scale ranging from 0 (no difficulty) to 4 (extreme difficulty). The survey is performed using an algorithm that provides a total score with five subscales for the following domains: relation to self and others, depression and anxiety, daily living and role functioning, impulsive and addictive behavior, and psychosis.

5) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).^{19,20}

It is a scale that measures psychopathology in general, comprised of 18 items and applied by the examiner. Each psychopathological item has seven severity degrees, and scores range from 0 (not present) to 6 (extremely severe).

The items are divided into objective (resulting from observation of the patient's behavior) and subjective symptoms (collected based on the patient's verbal report).

A comparison of effect size of both psychopathology scales – BASIS-32, which is a self-administered instrument, and BPRS, completed by the examiner – was performed to test the hypothesis that changes perceived by the patient are similar to those perceived by the clinician.

2.3 Statistical Analysis

The software SPSS version 14.0 was used to perform statistical tests. The t test for paired samples was used to verify existence of differences in scale scores before and after the ECT. Pearson's correlation was used to correlate psychopathology scales.

3. RESULTS

Throughout the study, 88 patients were invited to participate. Of these, 11 refused to participate and 19 were excluded for not having clinical conditions of completing the questionnaires (catatonic psychosis or disorganized thought), resulting in 58 eligible patients.

Patients' clinical and sociodemographic characteristics are described in Table 1. Of the 58 individuals, 37 (63.8%) were women and 55 (94.8%) were Caucasian. Mean age was 44.2 ± 13.2 years and mean hospital stay was 47.1 ± 24.4 days. The patients had an average of 10.8 ECT sessions and 37 (63.8%) had never undergone any ECT treatment. Forty-eight (82.8%) patients had mood disorders: 25 (43.1%) had major depression and 23 (39.7%) had bipolar disorder. Indication of ECT was drug-resistant depression in 47 (81.1%) patients.

Table 2 shows mean scale scores. There was a statistically significant difference before and after the ECT in all applied scales ($p < 0.001$); effect size ranged between 0.68 and 1.43.

Before the treatment, mean CGI score showed that patients ranged from severe to extremely severe disease. After ECT, 11 (18.9%) patients had score 0 (normal), 14 (24.1%) had mild or very mild disease, 17 (29.3%) had moderate disease, and only 16 (27.5%) still had severe to extremely severe disease. BPRS reduced mean score by 50%, representing a good response to the treatment. Size effect of BASIS-32 and BPRS scales was similar, as can be seen in Table 2.

4. DISCUSSION

The data of this study demonstrate that ECT is an efficacious treatment, which is evident both from use of psychopathology measurements evaluated by patients themselves and from clinical assessment. In addition, the patients had a significant improvement in all quality of life domains, a construct based on the individual's perception and measured by self-assessment instruments.

There is a growing literature on studies evaluating QOL in patients submitted to ECT. Fisher et al.²¹ found improvement in quality of life of depressed patients using the SF-36 scale. In the study by McCall et al.²², who also used the SF-36 scale, 87% of depressed patients had improvement in quality of life immediately after ECT, and this benefit was maintained 6 months after the treatment in 78% of patients. In another study, McCall et al.²³ demonstrated higher degree of improvement in BASIS-32 subscales in depressed patients submitted to ECT than in patients only treated with drugs. Another study found improvement in depressed patients in BASIS-32 subscales 2 and 4 weeks after the ECT series.²⁴

This is the first study of patients submitted to ECT in which quality of life was measured using the World Health Organization (WHO) scale – WHOQOL. WHOQOL is a generic scale to assess quality of life, conceptually linked to the individual's perception. Previous studies on quality of life of patients submitted to ECT used the SF-36 and BASIS-32. The SF-36 is a scale that assesses functional status and is considered to be an instrument to measure health-related quality of life.²⁵ The BASIS-32 is a scale that measures psychosocial symptoms and functioning, and not specifically quality of life.

In our sample, the result of comparing the effect size of the symptom scale completed by the patient (BASIS-32) and the effect size of the scale completed by the physician (BPRS) showed that changes perceived by the patient were similar to those perceived by the physician.

This study has some limitations: (1) relatively small sample, which prevents a stratified analysis; (2) the assessment was performed on the acute stage of treatment response, and the stability of these findings was not evaluated through time; (3) 34,1% of the patients were not included due to refusal or disease severity, which limits its external validation. Not including patients due to clinical impossibility of participating in a study based on self-reporting instruments remains a challenge in studies using PRO (patient report outcomes) measures. However, it does not seem that inclusion of more severe patients could change the findings. As an example, catatonia has been a classical indication of ECT response, which could reinforce the hypothesis of improvement assessed by subjective and objective measures.

Another limitation to consider is that amnesia could potentially confound self-report measurements assessed immediately after ECT.²² However, amnesia doesn't seem to determinate our results alone, since there is a concordance between PRO and physician report outcomes.

ECT is a treatment with confirmed efficacy in the improvement of severe and refractory psychiatric symptoms. Assessment of wider benefits, such as improvement in quality of life, and the patient's perception as to their recovery, is important to demystify and reduce the prejudice against such a controversial

treatment. Further studies on the quality of life and perspective of patients submitted to ECT are needed, using larger samples to ensure generalization of findings.

5. REFERENCES

1. Pagnin D, Queiroz V, Pini S, et al. Efficacy of ECT in Depression: A Meta-Analytic Review. *J ECT*. 2004;20:13-20.
2. Kho KH, van Vreeswijk MF, Simpson S, et al. A Meta-Analysis of Electroconvulsive Therapy Efficacy in Depression. *J ECT*. 2003;19(3):139-147.
3. The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361:799-808.
4. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;2:CD000076.DOI:10.1002/14651858.CD000076.pub2.
5. Braga RJ, Petrides G. Terapias somáticas para transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(Supl2):S77-84.
6. Lauber C, Nordt C, Falcató L, et al. Can a seizure help? The public's attitude toward electroconvulsive therapy. *Psychiatry Res*. 2005;134:205-209.
7. Walter G, Koster K, Rey JM. Views About Treatment Among Parents Adolescents Who Received Electroconvulsive Therapy. *Psychiatr Serv*. 1999;50:701-702.
8. Taieb O, Flament MF, Corcos M, et al. Electroconvulsive therapy in adolescents with mood disorder: patients' and parents' attitudes. *Psychiatry Res*. 2001;104:183-190.
9. Sienart P, Becker T, Vansteelandt K, et al. Patient satisfaction after Electroconvulsive Therapy. *J ECT*. 2005; 21(4): 227-231.
10. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE, et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. *Mayo Clin Proc*. 1999;74:967-971.
11. Rose D, Wykes T, Leese M, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*. 2003; 326:1-5.
12. D'Elia G, Raotma H. Is unilateral ECT less effective than bilateral ECT? *Br J Psychiatry*. 1975;126:83-89.

13. Weiner RD, Weaver LA, Sackeim HA. Reporting of Technical Parameters in ECT Publications: Recommendations for Authors. *Convulsive Ther* 1988;4:88-91.
14. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
15. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
16. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998;28:551-8.
17. National Institute of Mental Health. CGI: Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato RR, eds. *Manual for the ECDEU Assessment Battery*. 2. Rev ed. Chevy Chase, Md: National Institute of Mental Health; 1970:12-1-12-6.
18. Eisen S, Dill D, Grob, MC. Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*. 1994;45(3): 242–247.
19. Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, et al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Rev ABP-APAL*. 1994;16(2):63-68.
20. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10:799-812.
21. Fisher LJ, Goldney RD, Furze PF, et al. Electroconvulsive Therapy, Depression, and Cognitive Outcomes: An Australian Audit. *J ECT*. 2004;20:174-178.
22. McCall WV, Prudic J, Olfson M, et al. Health-related quality of life following ECT in a large community sample. *J Affect Disord*. 2006;90:269-274.
23. McCall WV, Reboussin BA, Cohen W, et al. Eletroconvulsive therapy is associated with superior symptomatic and functional change in depressed patients after psychiatric hospitalization. *J Affect Disord*. 2001; 63: 17-25.
24. McCall WV, Dunn A, Rosenquist PB. Quality of life and function after eletroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry*. 2004;185:405-409.

25. Huang I, Wu AW, Frangakis C. Do SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Qual Life Res.* 2006;15:15-24.

Table 1

Sample characteristics (N = 58)	
Sociodemographic data	
Age (years), mean (SD)	44.2 (13.2)
Gender, N (%) female	37 (63.8)
Race, N (%) Caucasian	55 (94.8)
Marital status, N (%) with partner	26 (44.8)
N (%) without partner	19 (32.8)
N (%) separate	10 (17.2)
N (%) widow	3 (5.2)
Schooling, N (%) elementary school	22 (37.9)
N (%) high school	13 (22.4)
N (%) university degree	23 (39.6)
Job, N (%) temporarily away	24 (41.4)
N (%) retired	14 (24.1)
N (%) housewife	7 (12.1)
N (%) employed	6 (10.3)
N (%) unemployed	6 (10.3)
N (%) student	1 (1.7)
Hospital days, mean (SD)	47.1 (24.4)
Number of sessions, mean (SD)	10.8 (3.5)
Previous ECT, N (%) no	37(63.8)
Diagnosis	
Major depression, N (%)	25 (43.1)
Bipolar disorder, N (%)	23 (39.7)
Schizophrenia, N (%)	5 (8.6)
Schizoaffective, N (%)	3 (5.2)
Obsessive-compulsive disorder, N (%)	2 (3.4)
ECT Indication	
Resistant depression, N (%)	47 (81.1)
Resistant psychosis, N (%)	5 (8.6)
Resistant mixed symptoms, N (%)	4 (6.9)
Resistant obsessions/compulsions, N (%)	2 (3.4)
Adverse Effects	
None, N (%)	21 (36.2)
Memory impairment, N (%)	29 (50)
Headache, N (%)	17 (29.3)
Dizziness, N (%)	3 (5.1)
Comorbidity	
Psychiatric, N (%)	40 (69)
Medical, N (%)	30 (51.7)

Table 2

Scores (mean±SD) of symptom and quality of life scales before and after the ECT (N = 58)				
	Before ECT	After ECT	p	SE
WHOQOL ^a				
Physical domain	32.8 (16.4)	56.9 (17.3)	<0.001	1.23
Psychological domain	32.2 (19.8)	55.2 (19.9)	<0.001	1.03
Social Relationship	44.1 (23.3)	61.1 (21.2)	<0.001	0.68
Environment	49.0 (14.7)	59.7 (12.9)	<0.001	0.76
General	29.7 (24.5)	60.9 (22.2)	<0.001	1.054
CGI ^b	5.9 (0.6)	3.5 (1.7)	<0.001	1.43
BASIS-32 ^b	68.8 (23.6)	40.1 (22.9)	<0.001	1.01
BPRS ^b	24.8 (8.1)	12.6 (9.3)	<0.001	1.02

^a Higher score = better quality of life.

^b Lower score = lower symptom severity.

6. ARTIGO 2

Remissão de Sintomas em Pacientes com Depressão Unipolar e Bipolar Submetidos à Eletroconvulsoterapia

Remission of Symptoms in Patients with Unipolar and Bipolar Depression Submitted to Electroconvulsive Therapy

Paula Barros Antunes MD^a ; Marcelo P. Fleck MD, PhD^b

Submetido para publicação no Journal of ECT

^a Post Graduate Program of Departamento de Psiquiatria UFRGS/HCPA

^bAssociated Professor of Departamento de Psiquiatria UFRGS/HCPA

Correspondence to: Paula Barros Antunes
Av. Nilo Peçanha 1452/404. CEP 91330-000. Porto Alegre, Brasil
Fax/Telephone Number: (55-51) 30242091
E-mail address: antunespaula@hotmail.com
Financing: FIPE – HCPA (# 05-070)

RESUMO

Objetivo: Avaliar a taxa de remissão dos sintomas depressivos em pacientes submetidos à ECT. **Métodos:** Num delineamento longitudinal e observacional, 44 pacientes deprimidos foram avaliados antes de iniciar o tratamento e após o término de todas as sessões. Sintomatologia foi avaliada com as escalas BASIS-32 (*Behavior and symptom identification scale*), BPRS-A (*Brief Psychiatry Rating Scale – Anchored*) e CGI (Impressão Clínica Global), e, qualidade de vida, com a escala WHOQOL-BREF (escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde). Remissão foi definida como os escores 1 e 2 da escala CGI. **Resultados:** Dos 44 pacientes avaliados, 25 (56,8%) tinham Depressão Unipolar Recorrente e 19 (43,2%), Depressão Bipolar. Houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre os períodos pré e pós ECT nos escores das escalas BASIS-32, BPRS-A, CGI e em todos os domínios do WHOQOL-BREF. A taxa de remissão apresentada pela amostra foi de 40,9%. **Conclusão:** A ECT apresenta taxas de remissão clinicamente relevantes em uma amostra de pacientes gravemente deprimida e resistente a tratamento farmacológico.

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia, remissão.

1. INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento com eficácia estabelecida para a depressão tanto unipolar quanto bipolar. Os pacientes que são submetidos à ECT em geral apresentam falhas terapêuticas prévias e possuem sintomas depressivos resistentes aos tratamentos usuais. Um estudo¹ demonstrou que quanto mais estratégias terapêuticas são necessárias menor é a taxa de remissão dos sintomas, maior é o grau de intolerância ao tratamento e maior é a taxa de recaída ao longo do tempo.

A remissão completa dos sintomas depressivos deve ser um objetivo a ser alcançado. Pacientes com remissão parcial estão em maior risco de recaída e possuem pior funcionamento psicossocial e maior nível de sintomas durante o seguimento.^{2,3,4}

O objetivo desse estudo é verificar a taxa de remissão de sintomas de pacientes deprimidos submetidos à ECT.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo faz parte de um estudo maior, no qual todos os pacientes internados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que tinham indicação de ECT no período de junho de 2005 a junho de 2007, eram convidados a participar. A amostragem foi consecutiva. A indicação de ECT foi feita pela equipe médica assistente, sem nenhuma interferência da equipe de pesquisa. Todos os pacientes que aceitaram entrar no estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após receberem uma explicação sobre do que se tratava o estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Bioética da Instituição.

Os pacientes foram avaliados por uma única entrevistadora (P.B.A.) em dois momentos: no dia anterior à primeira sessão da série de ECT e no dia seguinte ao término da série completa. Na entrevista pré-tratamento foram coletadas informações a respeito de dados sócio-demográficos e clínicos, foi feita uma avaliação diagnóstica além da avaliação da qualidade de vida e medidas de psicopatologia dos pacientes. Na entrevista pós-tratamento, os pacientes foram reavaliados quanto à qualidade de vida e psicopatologia. Foram excluídos os pacientes que não tinham condições de responder aos questionários.

2.1 Técnica da ECT

Todos os pacientes foram submetidos a ECT unilateral direita de alta dosagem com posicionamento d'Elia.⁵ Foi utilizado o aparelho MECTA

SpECTrum 5000Q que produziu pulsos elétricos breves bi-direcionais com uma corrente constante. A anestesia foi feita com tiopental (2-5mg/kg intravenosa) e o relaxante muscular utilizado foi a succinilcolina (1 mg/kg intravenosa). A intensidade do estímulo foi determinada pelo método de detecção do limiar. A crise convulsiva foi monitorada por eletroencefalografia e a técnica do manguito foi utilizada para monitorar a atividade motora. Uma convulsão foi considerada adequada se a atividade motora durasse 20 ou mais segundos ou se a atividade eletroencefalográfica durasse 25 segundos ou mais.⁶

2.2 Instrumentos

1) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – versão brasileira 5.0.0.⁷

O MINI é um questionário breve compatível com os critérios do DSM-IV, organizado por módulos diagnósticos independentes, explorando transtornos atuais, com respostas dicotômicas (SIM/NÃO).

2) Impressão Clínica Global (CGI).⁸

É um instrumento padronizado, que consiste de 3 sub-escalas e que permite ao médico quantificar a severidade da doença atual do paciente, a mudança da severidade ao longo do tempo e a eficácia do tratamento utilizado. Nesse estudo, utilizamos a versão para o Português da primeira sub-escala que avalia a "Gravidade da Doença". Os escores variam de 1 (não doente) até 7 (extremamente doente). Como critério de remissão utilizamos os escores 1 e 2 dessa escala.

3) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF.^{9,10}

Esse instrumento é um indicador subjetivo, auto-aplicado, da qualidade de vida que consta de 26 questões separada em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental.

4) Depressão/Ansiedade – subescala da Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32).¹¹

É um instrumento auto-preenchível que mede sintomas depressivos e ansiedade. Validado e aplicável tanto para pacientes internados quanto para ambulatoriais. Consiste em 6 itens, os quais medem o grau de dificuldade experimentado pelo paciente na última semana através de uma escala de 5 pontos que varia de 0 (nenhuma dificuldade) a 4 (dificuldade extrema).

5) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).^{12,13}

É uma escala que mede psicopatologia em geral constituída por 18 itens e aplicada pelo pesquisador. Cada item psicopatológico possui 7 níveis de gravidade, sendo pontuado de 0 (ausente) a 6 (muito grave). Entre os itens, há uma distinção entre sintomas objetivos, que são derivados da observação do comportamento do paciente e aqueles denominados subjetivos, que são coletados a partir do relato verbal do paciente.

2.3 Análise Estatística

Para realização dos testes estatísticos foi utilizado o SPSS versão 14.0. O Teste t para amostras pareadas foi utilizado para verificar a existência de diferença nos escores das escalas entre os períodos pré e pós ECT.

3. RESULTADOS

Durante o período de estudo, 88 pacientes foram convidados para ingressar no estudo. Desses, 11 recusaram-se a participar e 19 foram excluídos por não apresentarem condições clínicas de preencher os questionários (psicóticos muito desorganizados ou catatônicos), restando 58 pacientes elegíveis, sendo 44 pacientes em episódio depressivo.

As características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes estudados estão descritas na Tabela 1. Do total de 44 indivíduos, 33 (75%) eram mulheres e 41 (93,2%), caucasianos. A média de idade foi de $47,1 \pm 13,1$ anos e o tempo médio de internação foi de $43,4 \pm 20,9$ dias. Os pacientes fizeram, em média, 10,5 sessões de ECT e 30 (68,2%) nunca tinham feito tratamento com ECT previamente. Em relação ao diagnóstico, 25 (56,8%) pacientes tinham Depressão Unipolar Recorrente e 19 (43,2%) Depressão Bipolar. Todos os pacientes realizaram ECT unilateral de alta potência com posicionamento de D'Elia no aparelho MECTA.

O gráfico 1 mostra a distribuição dos pacientes nos diferentes escores de CGI. Podemos observar que no período pré tratamento 77,3% dos pacientes apresentavam-se com doença grave a extremamente grave (escores 6 e 7). Após o tratamento, 40,9% dos pacientes apresentaram remissão dos sintomas (escores 1 e 2).

Na tabela 2 observamos os escores médios das escalas aplicadas. Observa-se diferença estatisticamente significativa entre os períodos pré e pós ECT em todas as escalas aplicadas ($p < 0,001$), com um tamanho de efeito que variou de 0,85 a 1,68.

4. DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo demonstram que a ECT é um tratamento efetivo para pacientes com sintomas depressivos resistentes ao tratamento, tanto na depressão maior quanto na doença bipolar. Além de melhora na sintomatologia, a ECT também mostrou-se eficaz na melhora da qualidade de vida. Considerando que a amostra é de pacientes com depressões resistentes a tratamento farmacológico e graves, uma remissão dos sintomas em 40,9% dos pacientes é de alta relevância clínica.

Existem alguns estudos que também avaliaram a taxa de remissão da depressão com ECT. Husain et al¹⁴., na avaliação de pacientes com depressão

maior submetidos à ECT bilateral, demonstrou que 75% da amostra e 87% dos pacientes que completaram a série de ECT (que realizaram mais de 10 sessões) apresentaram remissão completa (Escala de Hamilton Depressão (HRSD) com escore menor que 10). Em outro estudo¹⁵ de pacientes com depressão unipolar e bipolar, 35% da amostra apresentou remissão (HRSD<8), sem diferença significativa entre o grupo dos bipolares e dos unipolares.

Sackeim et al.¹⁶ avaliou 290 pacientes com depressão unipolar que foram submetidos a ECT, dos quais 159 remitiram (54,8%) dos sintomas depressivos. Em outro estudo¹⁷ com 47 pacientes deprimidos bipolares e unipolares, 31,9% dos pacientes apresentaram resposta completa ao tratamento. No estudo de Khalid et al.¹⁸, 53,3% dos pacientes (21/38) apresentou remissão dos sintomas depressivos, incluindo unipolares e bipolares (HRSD<10). Bailine et al.¹⁹ avaliou 48 pacientes com depressão, dos quais 47 atingiram remissão na 12^a sessão de ECT.

A eficácia da ECT na depressão atípica foi demonstrada num estudo que comparou pacientes com depressão típica e atípica, que apresentaram uma taxa de remissão de 67,1% e 80,6% respectivamente.²⁰

Em relação às limitações do estudo podemos citar: (1) a amostra é relativamente pequena, impossibilitando a comparação de grupos e estratificação da amostra; (2) a remissão dos sintomas foi medida apenas no período imediato pós tratamento, não havendo uma avaliação da taxa de remissão longo prazo.

A importância de atingir a remissão de sintomas no tratamento de pacientes deprimidos é bem clara, em vista dos prejuízos que os sintomas residuais podem trazer ao paciente.^{2,3,4} Esse estudo mostra o benefício da ECT em pacientes com depressão resistente ao tratamento medicamentoso. Isso pode nos sugerir que a ECT possa ser indicada num momento mais precoce do tratamento do paciente deprimido.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the symptom remission rate in patients submitted to electroconvulsive therapy (ECT). **Methods:** In a longitudinal, observational study, 44 patients with depression were evaluated before and after treatment. Symptoms were evaluated by BASIS-32 (*Behavior and symptom identification scale*), BPRS-A (*Brief Psychiatry Rating Scale – Anchored*) and CGI (*Clinical Global Impression*) scales, and quality of life was evaluated by WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*) scale. Remission was defined as scores 1 and 2 on the CGI scale. **Results:** Of the 44 patients evaluated, 25 (56.8%) had recurrent unipolar depression and 19 (43.2%), bipolar depression. There was a significant difference between pre and post-ECT scores among the BASIS-32, BPRS-A, CGI scales and in all domains of WHOQOL-BREF ($p < 0.001$). The remission rate was 40.9%. **Conclusion:** ECT has remission rates clinically significant in a patient population severely depressed and resistant to pharmacological treatment.

Keywords: electroconvulsive therapy, remission.

1. INTRODUCTION

Electroconvulsive Therapy (ECT) is a treatment for unipolar and bipolar depression with established efficacy. Patients who are submitted to ECT in general present previous therapeutic failures and have depressive symptoms resistant to usual treatments. A study¹ demonstrated that the more treatment strategies needed, the lower is the symptom remission rate, the larger is degree of intolerance to treatment and the larger is the recurrence rate with time.

Complete remission of symptoms is an aim that should be achieved. Patients in partial remission are in higher risk of recurrence, have worse psychosocial functioning and higher level of symptoms during follow-up.^{2,3,4}

The aim of this study is to verify the remission rate of depressive symptoms in patients submitted to ECT.

2. MATERIALS AND METHODS

This study is part of a larger study in which all inpatients of the Psychiatric Unit of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre that had indication for ECT between June 2005 and July 2007 were ask to participate. Patients were

included consecutively. The indication for ECT was made by the attending physician with no interference from the research team. All patients that agreed in participate in the study signed the consent form after being explained what the study consisted of. The study was approved by the local Bioethics Committee.

The patients were evaluated by a single interviewer (P.B.A.) at two different times: the day previous to the first session of ECT and in the following day after the completion of all sessions. In the pretreatment interview socio-demographic and clinical information were collected and a diagnostic evaluation was performed, in addition to an evaluation of the patients' quality of life and psychopathology measures. In the post treatment interview, quality of life and psychopathological measures were reevaluated. Patients who were not able to answer the questionnaires were excluded.

2.1 ECT Procedure

All patients received high-dose right unilateral ECT using the d'Elia position.⁵ A MECTA SpECTrum 5000Q device delivered constant current, brief pulse bi-directional stimulus. Anesthesia was provided with thiopental (2-5mg/kg intravenously) and muscle relaxation with succinylcholine (1 mg/kg intravenously). The stimulus intensity was determinate by the titrated strategy. The ictal response was recorded with electroencephalogram (EEG) and the "cuff" method was used to monitor motor convulsive activity. An adequate seizure was

defined as a myoclonus of 20 seconds or longer or an electroencephalographic seizure 25 seconds or longer.⁶

2.2 Instruments

1) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Brazilian version 5.0.0.⁷

The MINI is a brief questionnaire compatible with the DSM-IV criteria, organized by independent diagnostic criteria, exploring current disorders, with dichotomous responses (YES/NO).

2) Clinical Global Impression (CGI).⁸

It is a standardized instrument comprised of three subscales that allow physicians to quantify severity of the patient's current disease, change in severity throughout time, and efficacy of the treatment. This study uses the Brazilian Portuguese version of the first subscale, which evaluates "Disease Severity." The scores range from 1 (not sick) to 7 (extremely sick). The criteria for remission was scores 1 and 2 on the CGI scale.

3) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF.^{9,10}

This instrument is a subjective, self-administered index of quality of life comprised of 26 items divided into four domains: physical, psychological, social, and environmental.

4) Depression/Anxiety – subscale of Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32).¹¹

It is a self-administered instrument, which measures psychopathology in general. It has been validated and can be applied to both inpatients and

outpatients. It is comprised of 6 items, which measure the degree of difficulty experienced by the patient in the past week using a 5-point scale ranging from 0 (no difficulty) to 4 (extreme difficulty).

5) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).^{12,13}

It is a scale that measures psychopathology in general, comprised of 18 items and applied by the examiner. Each psychopathological item has seven severity degrees, and scores range from 0 (not present) to 6 (extremely severe). The items are divided into objective (resulting from observation of the patient's behavior) and subjective symptoms (collected based on the patient's verbal report).

2.3 Statistical Analysis

The software SPSS version 14.0 was used to perform statistical tests. The t test for paired samples was used to verify existence of differences in scale scores before and after the ECT. Pearson's correlation was used to correlate psychopathology scales.

3. RESULTS

During the study period, 88 patients were recruited. Of these, 11 refused to participate and 19 were excluded because were not able to fill the

questionnaires (disorganized or catatonics psychotics). The remaining 58 eligible patients, 44 met the depression criteria.

The socio-demographic and clinical characteristics are describe in Table 1. Of the 44 patients, 33 (75%) were women and 41 (93.2%) Caucasians. The mean age was $47,1 \pm 13,1$ years, the mean inpatient time was $43,4 \pm 20,9$ days and 30 (68.2%) patients have never been previously treated with ECT. Patients were submitted, on average, to 10.5 sessions. In terms of diagnosis, 25 (56.8%) patients had Recurrent Unipolar Depression and 19 (43.2%) Bipolar Depression. All patients were submitted to unilateral high potency ECT with D'Elia positioning in the MECTA machine.

Graph 1 demonstrates patient's distributions in different CGI scores. It can observed that during the pre-treatment period 77.3% of patients were with severe to extremely severe ill (scores 6 and 7). After treatment, 40.9% of patients had remission (scores 1 and 2).

On Table 2 we can observe the mean scores of the employed scales. It can be seen a significant difference between pre- and post-ECT in all scales ($p < 0.001$), with a size effect that ranged from 0.85 to 1.68.

4. DISCUSSION

The data on the present study demonstrates that ECT is an effective treatment for patients with depressive symptoms resistant to treatment, not only

in Major Depression but also in Bipolar Disorder. Besides the symptoms improvement, ECT also demonstrated to be efficacious in improving quality of life. Considering that the patient population is from patients with severe depression resistant to pharmacological treatment, a remission rate in 40.9% of patients is of high clinical relevance.

There are some studies that also evaluated the depression remission with ECT. Husain et al.¹⁴, in evaluating patient with Major Depression submitted to bilateral ECT, demonstrated that 75% of the sample and 87% of the patients who completed the ECT therapy (at least 10 sessions) achieved remission (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) – score of less than 10). In another study,¹⁵ with patients with unipolar and bipolar depression, 35% of the sample presented remission (HRSD<8), without difference between the unipolar and bipolar groups.

Sackeim et al.¹⁶ evaluated 290 patients with unipolar depression that were submitted to ECT, of which, 159 (54.8%) had remission of depressive symptoms. In another study¹⁷ with 47 patients with unipolar and bipolar depression, 31.9% of patients had complete response to treatment. In a study by Khalid et al.¹⁸, 53.3% of patients (21/38) presented remission of depressive symptoms, including unipolar and bipolar patients (HRSD<10). Bailine et al.¹⁹ evaluated 48 patients with depression, of which, 47 achieved remission by the 12th session of ECT.

ECT's efficacy in atypical depression was demonstrated in a study that compared patients with typical and atypical depression and achieved symptom remission in 67.1% and 80.6% respectively.²⁰

In terms of this study limitations we can cite: (1) the sample is relatively small, making difficult to compare groups and stratify the patient population; (2) the symptom remission was measured only in the immediate post treatment period, not evaluating the long term remission rate.

The importance of achieving symptom remission in treating depressed patients is clear, seen by the harm that residual symptoms can cause to the patients.^{2,3,4} This study demonstrates ECT's benefit in patient with depression resistant to pharmacological treatment. This can suggest that ECT could be employed earlier in the treatment course of the depressed patient.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howland RH. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D). Part 2: Study Outcomes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2008;46(10):21-4.
2. Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, et al. Report by the ACNP task force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2006;31:1841-1853.
3. Viinamaki H, Hintikka J, Tolmunen T, et al. Partial remission indicates poor functioning and a high level of psychiatric symptoms: A 3-phase 6-year follow-up study on major depression. *Nord J Psychiatry.* 2008;3:1-7.
4. Kennedy N, Foy K. The impact of residual symptoms on outcome of major depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2005;7(6):441-6.
5. D'Elia G, Raotma H. Is unilateral ECT less effective than bilateral ECT? *Br J Psychiatry.* 1975;126:83-89.
6. Weiner RD, Weaver LA, Sackeim HA. Reporting of Technical Parameters in ECT Publications: Recommendations for Authors. *Convulsive Ther* 1988;4:88-91.
7. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
8. National Institute of Mental Health. CGI: Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato RR, eds. *Manual for the ECDEU Assessment Battery.2.* Rev ed. Chevy Chase, Md: National Institute of Mental Health; 1970:12-1-12-6.
9. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
10. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998;28:551-8.
11. Eisen S, Dill D, Grob, MC. Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry.* 1994;45(3): 242-247.

12. Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, et al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Rev ABP-APAL*. 1994;16(2):63-68.
13. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10:799-812.
14. Husain MM, Rush AJ, Fink M, et al. Speed of Response and Remission in Major Depressive Disorder With Acute Electroconvulsive Therapy (ECT): A Consortium for Research in ECT (CORE) Report. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:485-491.
15. Grunhaus L, Schreiber S, Dolberg OT, et al. Response to ECT in major depression: are there differences between unipolar and bipolar depression? *Bipolar Disord*. 2002;4(Suppl.1):91-93.
16. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, et al. Continuation Pharmacotherapy in the Prevention of Relapse Following Electroconvulsive Therapy: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2001;285(10):1299-1307.
17. Kornhuber J, Weller M. Patient selection and remission rates with the current practice of electroconvulsive therapy in Germany. *Convuls Ther*. 1995;11(2):104-9.
18. Khalid N, Atkins M, Tredget J, et al. The Effectiveness of Electroconvulsive Therapy in Treatment-Resistant Depression: A Naturalistic Study. *J ECT*. 2008;24:141-145.
19. Bailine SH, Rifkin A, Kayne E, et al. Comparison of Bifrontal and Bitemporal ECT for Major Depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157:121-123.
20. Husain MM, McClintock SM, Rush AJ, et al. The Efficacy of Acute Electroconvulsive Therapy in Atypical Depression. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:406-411.

Tabela 1

Descrição da amostra (N= 44)	
Dados demográficos	
Idade (anos), média (d.p.)	47,1 (13,1)
Gênero, N (%) feminino	33 (75)
Raça, N (%) branca	41 (93,2)
Estado civil, N (%) com companheiro	24 (54,5)
N (%) sem companheiro	9 (20,5)
N (%) separado	8 (18,2)
N (%) viúvo	3 (6,8)
Escolaridade, N (%) primeiro grau	20 (45,5)
N (%) segundo grau	9 (20,5)
N (%) terceiro grau	15 (34,1)
Ocupação, N (%) temporariamente afastado	15 (34,1)
N (%) aposentado	12 (27,3)
N (%) do lar	7 (15,9)
N (%) empregado	4 (9,1)
N (%) desempregado	5 (11,4)
N (%) estudante	1 (2,3)
Dias de internação, média (d.p.)	43,4 (20,9)
Número de sessões, média (d.p.)	10,5 (3,5)
ECT prévio, N (%) não	30 (68,2)
Diagnóstico	
Depressão Unipolar Recorrente, N (%)	25 (56,8)
Depressão Bipolar, N (%)	19 (43,2)
Efeitos adversos	
Nenhum, N (%)	15 (34,1)
Prejuízo na memória, N (%)	22 (50)
Cefaléia, N (%)	13 (29,5)
Tontura, N (%)	2 (4,5)
Comorbidades	
Psiquiátricas, N (%)	32 (72,7)
Não psiquiátricas, N (%)	23 (52,2)

Gráfico 1

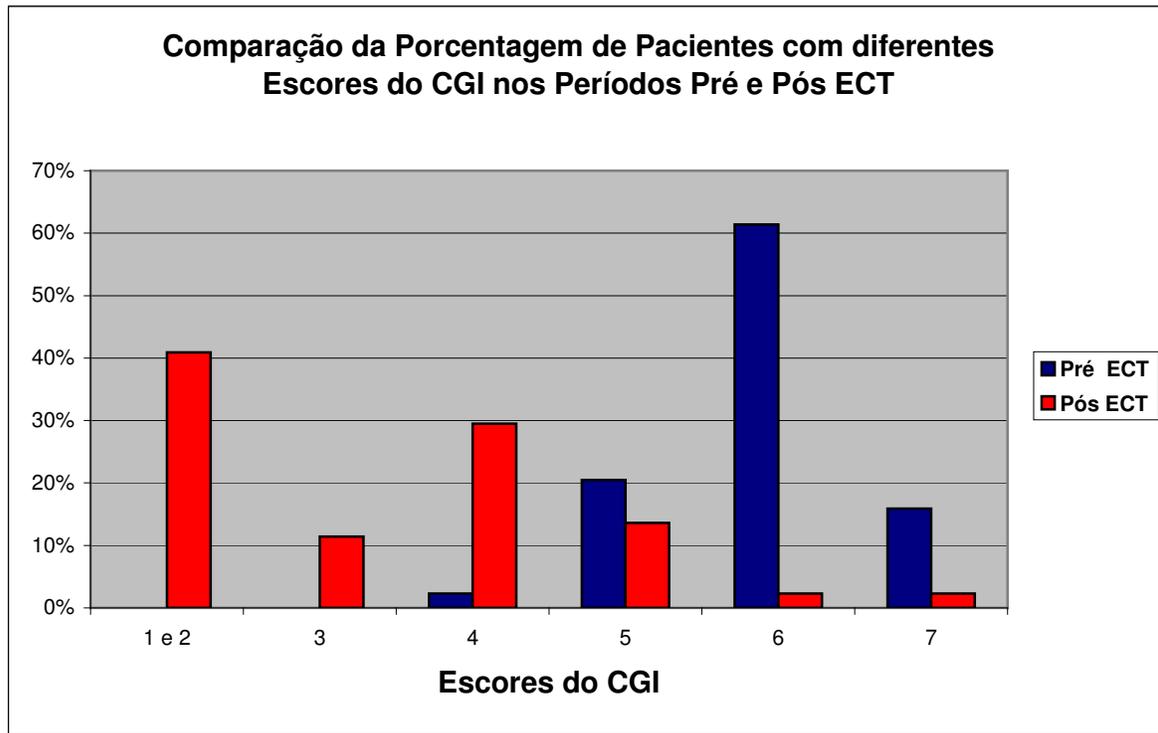


Tabela 2

Escores (média±d.p.) das escalas de sintomatologia e de qualidade de vida nos períodos pré e pós ECT (N= 44)				
	Pré ECT	Pós ECT	p	TE
CGI ^a	5,9(0,6)	3,1(1,6)	<0,001	1,68
BASIS – subescala DA ^a	2,8(0,6)	1,6(0,8)	<0,001	1,16
BPRS ^b	25,5(7,5)	12,1(9,4)	<0,001	1,08
WHOQOL^b				
Domínio Físico	27,7(12,7)	55,6(18,0)	<0,001	1,6
Domínio Psicológico	26,4(14,9)	52,6(20,2)	<0,001	1,23
Relações Sociais	42,8(23,8)	63,3(20,9)	<0,001	0,85
Meio ambiente	47,8(14,5)	60,1(13,1)	<0,001	0,95
Geral	23,3(21,1)	59,3(22,8)	<0,001	1,27

^a Menor escore = menor gravidade dos sintomas

^b Maior escore = melhor qualidade de vida

7. COMENTÁRIOS FINAIS

Os dados do presente estudo confirmam a extensa literatura em relação à eficácia da ECT no tratamento de sintomas psiquiátricos, especialmente para aqueles com resistência a tratamentos medicamentosos.

Durante um longo tempo, as pesquisas com ECT se detiveram em investigar a melhora de sintomas que eram avaliados por meio de questionários utilizados pelos médicos. Mais recentemente, a avaliação da percepção do paciente quanto a sua melhora está sendo abordada na literatura em estudos com diversas metodologias.

O presente estudo, além de avaliar a percepção do paciente em relação ao seus desfechos, ainda demonstrou uma concordância na visão do médico com a do paciente, contrariando a idéia de que a ECT é eficaz apenas na percepção dos médicos. Estas evidências de que, não só os clínicos, mas também os pacientes observaram melhora nos seus sintomas e na sua qualidade de vida são importantes para que se possa diminuir a resistência ao uso da ECT, que ainda é grande por parte dos médicos e dos pacientes.

A maior diferença observada nos domínios físico e psicológico do WHOQOL em relação aos domínios de relações sociais e meio ambiente demonstra que a ECT é um tratamento com maior ênfase na melhora dos sintomas, tanto físicos quanto psicológicos. O fato da avaliação ter sido feita em

pacientes internados pode ter prejudicado a avaliação dos domínios relação social e meio ambiente, por ser um local em que o paciente está longe de suas relações e do ambiente onde vive.

A remissão da depressão tem se mostrado um objetivo a ser buscado em vista dos prejuízos associados à presença de sintomas residuais. Pacientes que apresentam uma resposta apenas parcial dos sintomas, tem uma chance cada vez menor de atingir a remissão a cada estratégia nova tentada. O estudo Star*D (Howland, 2008) , que testou a efetividade geral de um algoritmo de tratamento medicamentoso para depressão maior em um grande número de pacientes (N=3671), apresentou, no primeiro passo, uma taxa de remissão de 36.8%, e, no segundo até o quarto passo, taxas de 30,6%, 13.7%, e 13.0%, respectivamente. A taxa de remissão encontrada no presente estudo (40.9%) é, portanto, bastante satisfatória, especialmente por se tratar de pacientes deprimidos com diversas falhas medicamentosas prévias.

Esse estudo levanta hipóteses que necessitam ser confirmadas em estudos maiores que abordem um número maior de pacientes. Estudos futuros são necessários para investigar se existe diferença na resposta entre pacientes com depressão unipolar e bipolar e como seriam as taxas de remissão com diferentes pontos de corte.

Outra questão a ser esclarecida seria se há diferença na resposta entre os pacientes que utilizaram a ECT num momento mais precoce da sua doença e aqueles que utilizaram num momento mais tardio, após várias falhas

terapêuticas. Esses dados podem fornecer indicação para que a ECT seja utilizada mais cedo no curso das doenças.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, K. et al. A double-blind evaluation of electroconvulsive therapy in Parkinson's disease with "on-off" phenomena. **Acta Neurologica Scandinavica**, v.76, n. 3, p.191-199, set. 1987.

APA American Psychiatric Association. The Practice of electroconvulsive Therapy: Recommendations for Practice, Training and Privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association (sec. Edition). Washington: American Psychiatric Association Press, 2001.

ASA Physical Status Classification System. American Society of Anesthesiologists. Available at: <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

BENNET, A. E. Curare: a preventive of traumatic complications in convulsive shock therapy. Including a preliminary report on a synthetic curare-like drug. 1941. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, Suppl 6, p. 248-58, jun, 1994.

BIRKENHAGER, T. K.; PLUIJMS, E. M.; LUCIUS, S. A. ECT response in delusional versus non-delusional depressed inpatients. **Journal of Affective Disorders**, v. 74, n. 2, p. 191-5, abr. 2003.

BURNET, P. W. et al. Repeated ECS differentially affects rat brain 5-HT1A and 5-HT2A receptor expression. **Neuroreport**, v. 6, n. 6, p. 901-4, abr. 1995.

BUSH, G. et al. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 93, n. 2, p. 137-143, fev. 1996.

CARLYLE W.; KILLICK L.; ANCILL R. ECT: an effective treatment in the screaming demented patient. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.39, p. 637, 1991.

CIAPPARELLI, A. et al. Electroconvulsive therapy in Medication-Nonresponsive Patients With Mixed Mania and Bipolar Depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 7, p. 552-555, jul. 2001.

CLINE, J. S.; ROOS, K. Treatment of status epilepticus with electroconvulsive therapy. **Journal of ECT**, v.23, n. 1, p. 30-2, mar. 2007.

DALY, J. J. et al. ECT in bipolar and unipolar depression: differences in speed of response. **Bipolar Disorders**, v. 3, n. 2, p. 95-104, abr. 2001.

DEVANAND, D. P. et al. The efficacy of ECT in mixed affective states. **Journal of ECT**, v.16, n.1, p.32-7, mar. 2000.

DOMBROVSKI, A. Y. et al. Predictors of Remission After Electroconvulsive Therapy in Unipolar Major Depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 66, n. 8, p. 1043-49, ago. 2005.

FALL, P. A. et al. ECT in Parkinson's disease. Changes in motor symptoms, monoamine metabolites and neuropeptides. **Journal of Neural Transmission. Parkinson's Disease and Dementia Section**, v. 10, n. 2-3, p. 129-140, 1995.

FALL, P. A.; GRANÉRUS, A. K. Maintenance ECT in Parkinson's disease. **Journal of Neural Transmission**, v. 106, n. 7-8, p. 737-741, 1999.

FINK M. Convulsive therapy: a review of the first 55 years. **Journal of Affective Disorders**, v. 63, n. 1-3, p. 1-15, mar. 2001.

FINK, M. ECT in therapy-resistant mania: does it have a place? **Bipolar Disorders**, v. 8, n. 3, p. 307-309, jun. 2006.

FINK, M. Meduna and the origins of convulsive therapy. **American Journal of Psychiatry**, v. 141, n. 9, p. 1034-1041, set. 1984.

FINK, M.; SACKEIM, H. A. Convulsive therapy in schizophrenia? **Schizophrenia Bulletin**, v.22, n.1, p.27-39, 1996.

FISHER, L. J. et al. Electroconvulsive Therapy, Depression, and Cognitive Outcomes. An Australian Audit. **Journal of ECT**, v.20, n. 3, p. 174-178, set. 2004.

FLECK, M. P. Eletroconvulsoterapia. In: CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos. Consulta Rápida**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.403-8.

FREDERIKSE, M.; PETRIDES, G.; KELLNER. C. Continuation and Maintenance Electroconvulsive Therapy for the Treatment of Depressive Illness: A Response to the National Institute for Clinical Excellence Report. **Journal of ECT**, v. 22, n. 1, p. 13-17, mar. 2006.

GALL, C. et al. Seizure and the regulation of neurotrophic factor and neuropeptide gene expression in brain. **Epilepsy Research Supplement**, v. 4, p. 225-45, 1991.

GRANT, J. E.; MOHAN, S. N. Treatment of agitation and aggression in four demented patients using ECT. **Journal of ECT**, v.17, n.3, p. 205-9, set. 2001.

GRUBER, N. P. et al. ECT in Mixed Affective States: A Case Series. **Journal of ECT**, v. 16, n. 2, p. 183-8, 2000.

HOLMBERG, G.; THESLEFF, S. Succinyl-choline-iodide as a muscular relaxant in electroshock therapy. **American Journal of Psychiatry**, v. 108, n. 11, p. 842-6, maio 1952.

HOLMBERG, S. K.; TARIOT, P.N.; CHALLAPALLI, R. Efficacy of ECT for agitation in dementia. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 4, p. 330-4, 1996.

ISHIHARA, K.; SASA, M. Mechanism Underlying the Therapeutic Effects of Electroconvulsive Therapy (ECT) on Depression. **Japanese Journal of Pharmacology**, v. 80, p. 185-9, 1999.

KENNEDY, R.; MITTAL, D.; O'JILE, J. Electroconvulsive Therapy in Movement Disorders: An Update. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, n. 15, p. 407-21, 2003.

KHO, K. H. et al. A Meta-Analysis of Electroconvulsive Therapy Efficacy in Depression. **Journal of ECT**, v.19, n.3, p. 139-47, 2003.

KHO, K. H.; ZWINDERMAN, A. H.; BLANSJAAR, B. A. Predictors for the Efficacy of Electroconvulsive Therapy: Chart Review of a Naturalistic Study. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 66, n. 7, p. 894-9, jul. 2005.

KINDLER, S. et al. Factors Influencing Response to Bilateral Electroconvulsive Therapy in Major Depression. **Convulsive Therapy**, v. 7, n. 4, p. 245-54, 1991.
LISANBY, S. H. et al. ECT in the treatment of status epilepticus. **Journal of ECT**, v. 17, n. 3, p. 210-5, set. 2001.

LISANBY, S. H. et al. The Effects of Electroconvulsive Therapy on Memory of Autobiographical and Public Events. **Archives of General Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 581-90, jun. 2000.

LISANBY, S. H. Electroconvulsive Therapy for Depression. **The New England Journal of Medicine**, v. 357, p. 1939-45, nov 2007.

LOO, C. et al. A report on mood and cognitive outcomes with right unilateral ultrabrief pulsewidth (0.3 ms) ECT and retrospective comparison with standard pulsewidth right unilateral ECT. **Journal of Affective Disorders**, v. 103, p. 277-81, 2007.

LOO, C. K. et al. A comparison of RUL ultrabrief pulse (0.3 ms) ECT and standard RUL ECT. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 11, n. 7, p. 883-90, nov. 2008.

MCCALL, W. V. et al. Electroconvulsive therapy is associated with superior symptomatic and functional change in depressed patients after psychiatric hospitalization. **Journal of Affective Disorders**, v. 63, p. 17-25, 2001.

MCCALL, W. V. et al. Health-related quality of life following ECT in a large community sample. **Journal of Affective Disorders**, v. 90, p. 269– 274, 2006.

MCCALL, W. V. et al. Titrated Moderately Suprathreshold vs Fixed High-Dose Right Unilateral Electroconvulsive Therapy. Acute Antidepressant and Cognitive Effects. **Archives of General Psychiatry**, v. 57, p. 438- 444, maio 2000.

MCCALL, W. V. What Does Star*D Tell Us About ECT? **Journal of ECT**, v. 23, n. 1, p. 1-2, mar. 2007.

MCCALL, W. V.; DUNN, A.; ROSENQUIST, P. B. Quality of life and function after electroconvulsive therapy. **British Journal of Psychiatry**, v. 185, p. 405-409, nov. 2004.

MCDONALD, W. M. et al. Electroconvulsive Therapy. In: SCHATZBERG, A. F.; NEMEROFF, C. B. **The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology**. 3. ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2004. cap. 44, p. 685-714.

MCDONALD, W. M.; THOMPSON, T. R. Treatment of mania in dementia with electroconvulsive therapy. **Psychopharmacology Bulletin**, v. 35, n. 2, p. 72-82, 2001.

MUKHERJEE, S.; SACKEIM, H. A.; SCHNUR, D. B. Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of 50 year's experience. **American Journal of Psychiatry**, n.151, n. 2, p.169-176, fev. 1994.

MUNK-OLSEN, M. et al. All-cause mortality among recipients of electroconvulsive therapy Register-based cohort study. **British Journal of Psychiatry**, n. 190, p. 435- 439, 2007.

National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. London: NICE, 2003.
www.nice.org.uk/pdf/59ectfullguidance.pdf

NELSON, J. P.; ROSENBERG, D. R. ECT treatment of demented elderly patients with major depression: a retrospective study of efficacy and safety. **Convulsive therapy**, v. 7, p. 157-65, 1991.

NISIJIMA, K.; ISHIGURO, T. Electroconvulsive therapy for the treatment of neuroleptic malignant syndrome with psychotic symptoms: a report of five cases. **Journal of ECT**, v. 15, n. 2, p. 158-63, jun. 1999.

NUTTALL, G. A. et al. Morbidity and mortality in the use of electroconvulsive therapy. **Journal of ECT**, v. 20, n. 4, p. 237-241, dez. 2004.

PAGNIN, D. et al. Efficacy of ECT in Depression: A Meta-Analytic Review. **Journal of ECT**, v. 20, n. 1, p.13-20, mar. 2004.

PAPAKOSTAS, Y. et al. Thyrotropin and Prolactin Secretion During ECT: Implications for the Mechanism of ECT Action. **Convulsive therapy**, v. 6, n. 3, p. 214-220, 1990.

PERIZZOLO, J. et al. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2, p. 327-334, 2003.

PETRIDES G. et al. ECT Remission Rates in Psychotic Versus Nonpsychotic Depressed Patients: A Report from CORE. **Journal of ECT**, v. 17, n. 4, p. 244-53, 2001.

PHILBRICK, K. L.; RUMMANS, T. A. Malignant catatonia. **Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 6, n. 1, p. 1-13, 1994.

PLUIJMS, E. M. et al. Influence of episode duration of major depressive disorder on response to electroconvulsive therapy. **Journal of Affective Disorders**, v. 90, n. 2-3, p. 233-7, fev. 2006.

PLUIJMS, E. M. et al. Influence of resistance to antidepressant pharmacotherapy on short-term response to electroconvulsive therapy. **Journal of Affective Disorders**, v. 69, n. 1-3, p. 93-9, maio 2002.

PRIDMORE, S.; YEO, P. T.; PASHA, M. I. Electroconvulsive therapy for the physical signs of Parkinson's disease without depressive disorder. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 58, n. 5, p. 641-2, maio 1995.

PRUDIC, J. Electroconvulsive Therapy. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Vol. 2, cap. 31.30, p. 2968-83.

PRUDIC, J. et al. Resistance to antidepressant medications and short-term clinical response to ECT. **American Journal of Psychiatry**, v. 153, n. 8, p. 985-92, ago. 1996.

PRUDIC, J.; SACKEIM, H. A.; DEVANAND, D. P. Medication resistance and clinical response to electroconvulsive therapy. **Psychiatry Research**, v. 31, n. 3, p. 287-96, mar. 1990.

RAO, V.; LYKETSOS, C. G. The benefits and risks of ECT for patients with primary dementia who also suffer from depression. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 8, p. 729-35, ago. 2000.

REINBLATT, S. P.; RIFIKIN, A.; FREEMAN, J. The Efficacy of ECT in Adults With Mental Retardation Experiencing Psychiatric Disorders. **Journal of ECT**, v. 20, n. 4, p. 208-12, dez. 2004.

ROCCAFORTE, W. H.; WENGEL, S. P.; BURKE, W. J. ECT for screaming in dementia. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 8, p. 177, 2000.

ROSENQUIST, P. B.; MCCALL, W. V. Quality of life outcomes of ECT. In: RITSNER, M. S.; AWAD, A. G. **Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorder**, Dordebrecht: Springer, 2007. cap. 17, p. 321-331.

SACKEIM, H. A. et al. A Prospective, Randomized, Double-blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities. **Archives of General Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 425-34, maio 2000.

SACKEIM, H. A. et al. Effects of Stimulus Intensity and Electrode Placement on the Efficacy and Cognitive Effects of Electroconvulsive Therapy. **New England Journal of Medicine**, v. 328, n. 12, p. 839-46, mar. 1993.

SACKEIM, H. A. et al. The Cognitive Effects of Electroconvulsive Therapy in Community Settings. **Neuropsychopharmacology**, v. 32, n. 1, p. 244-54, jan. 2007.

SACKEIM, H. A. et al. The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy in major depression. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 10, n. 2, p. 96-104, abr. 1990.

SACKEIM, H. A. et al. Ultra-brief pulse ECT and the affective and cognitive consequences of ECT. **Journal of ECT**, v. 17, p. 77, 2001a.

SACKEIM, H. A. et al. Continuation Pharmacotherapy in the Prevention of Relapse Following Electroconvulsive Therapy A Randomized Controlled Trial. **JAMA**, v. 285, n. 10, p. 1299-307, mar. 2001b.

SACKEIM, H. A. The anticonvulsant hypothesis of the mechanisms of action of ECT: current status. **Journal of ECT**, v. 15, n.1, p.5-26, mar. 1999.

SARTORIUS, A.; WOLF, J.; HENN, F. A. Lithium and ECT. Concurrent use still demands attention: three case reports. **World Journal of Biological Psychiatry**, v. 6, n. 2, p. 121-4, 2005.

SMALL, J. G. et al. Complications with electroconvulsive treatment combined with lithium. **Biological Psychiatry**, v. 15, p. 103-12, 1980.

SMALL, J. G. et al. Electroconvulsive therapy compared with lithium in the management of manic states. **Archives of General Psychiatry**, v. 45, n. 8, p. 727-32, ago. 1988.

SQUIRE, L. R.; SLATER, P. C. Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: a prospective three-year follow-up study. **British Journal of Psychiatry**, v. 142, p. 1-8, jan. 1983.

STAIN-MALMGREN, R.; THAM, A.; ABERG-WISTEDT, A. Increased platelet 5-HT₂ receptor binding after electroconvulsive therapy in depression. **Journal of ECT**, v. 14, n. 1, p. 15-24, mar. 1998.

STERN, M. B. Electroconvulsive therapy in untreated Parkinson's disease. **Movement Disorders**, v. 6, n. 3, p. 265, 1991.

SWARTZ, C.; GALANG, R. L. Adverse outcome with delay in identification of catatonia in elderly patients. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 78-80, 2001.

TANG, W. K.; UNGVARI, G. S. Efficacy of electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia: a prospective open trial. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 373-9, maio 2003.

THARYAN, P.; ADAMS, C. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 18, n. 2, CD000076., 2005.

The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 361, n. 9360, p.799-808, mar. 2003.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag. 1994. p 41-60.

TROLLOR, J. N.; SACHDEV, P. S. Electroconvulsive treatment of neuroleptic malignant syndrome: a review and report of cases. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 5, p. 650-9, out. 1999.

ÜÇÖK, A.; ÇAKIR, S. Electroconvulsive Therapy in First-Episode Schizophrenia. **Journal of ECT**, v. 22, n. 1, p. 38-42, mar. 2006

VAN WAARDE, J.A.; STOLKER, J.J.; VAN DER MAST, R.C. ECT in mental retardation: a review. **Journal of ECT**, v. 17, n. 4, p. 236-43, dez. 2001.

WAHLUND, B.; VON ROSEN, D. ECT of Major Depressed Patients in Relation to Biological and Clinical Variables: A Brief Overview. **Neuropsychopharmacology**, v. 28, n. suppl 1, p. S21-6, jul. 2003.

WEINER, R. D. Effects of stimulus parameters on cognitive side effects. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 462, p. 315-25, 1986.

WEINTRAUB, D.; LIPPMANN, S. B. ECT for major depression and mania with advanced dementia. **Journal of ECT**, v. 17, n. 1, p. 65-7, mar. 2001.

WENGEL, S. P. et al. Maintenance electroconvulsive therapy for intractable Parkinson's disease. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 6, n. 3, p. 263-9, 1998.

WILKINS, K. M.; OSTROFF, R.; TAMPI, R. R. Efficacy of Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Nondepressed Psychiatric Illness in Elderly Patients: A Review of the Literature. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 21, n. 1, p. 3-11, mar. 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo para Avaliação de Pacientes Internados Submetidos à Eletroconvulsoterapia (ECT) no HCPA

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

NUMERO DO PRONTUARIO _____

I. IDENTIFICACAO

I.1. NOME: _____

I.2. TELEFONE PARA CONTATO: _____

I.3. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

IDADE (em anos): _____

I.4. () SEXO: (1) Masculino (2) Feminino

I.5. () COR: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Mista

I.6. () ESTADO CONJUGAL: (1) Sem companheiro(a) (2) Com companheiro(a) (3) Separado(a)
(4) viúvo(a)

I.7. () N° DE ANOS DE ESCOLARIZACAO: (0) Analfabeto (1) I Grau (2) II grau
(3) III grau (4) Pós-graduação

I.8. () OCUPAÇÃO: (1) Empregado (2) Desempregado (3) Aposentado
(4) Temporariamente Afastado (5) Do lar (6) Outra

II - DADOS PRÉ-ECT

II.1 – DATA DA INTERNAÇÃO: ___/___/_____

II.2 - DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO:

II.3 DATA DA 1ª SESSÃO DE ECT: ___/___/_____

II.4 - INDICAÇÃO DA ECT:

II.5 - JÁ REALIZOU ECT ANTES: _____ (1) Sim (2) Não (3) Não sabe

II.6 - COMORBIDADES MÉDICAS:

II.7 – COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

III – DADOS PÓS-ECT

III.1- NÚMERO TOTAL DE SESSÕES: _____

III.2 POSICIONAMENTO DOS ELETRODOS: (1) Unilateral (2) Bilateral

III.3 EFEITOS COLATERAIS DA ECT:

III.4 DATA DA ÚLTIMA SESSÃO DE ECT: ___/___/_____

III.5 DATA DA ALTA: ___/___/_____

III.6 TOTAL DE DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

ANEXO 2

Termo de Consentimento Informado

Estamos realizando um trabalho de pesquisa para avaliar o quanto a eletroconvulsoterapia (eletrochoque) pode afetar os sintomas da sua doença e a sua qualidade de vida.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante cerca de 15 minutos em dois momentos: primeiro, antes de iniciar a série de eletrochoques que o seu médico lhe prescreveu e segundo no dia seguinte ao termino da série completa . Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente, além de perguntas relativas à presença, ou não, de sintomas mentais (“dos nervos”). Obteremos algumas informações complementares (data da internação) no seu prontuário.

Gostaríamos de deixar claro que caso o(a) senhor(a) não queira participar do presente estudo, isso não afetará em nada o seu tratamento. Também queremos deixar claro que o(a) senhor(a) pode sair da presente pesquisa a qualquer momento, mesmo já tendo ingressado na mesma. Garantimos que todas as informações prestadas pelo(a) senhor(a) serão sigilosas e que a divulgação dos resultados deste estudo será anônima.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Eu, _____, recebi de forma clara e detalhada todas as informações que julguei necessárias para aceitar participar do presente estudo. Outrossim, me foi informado que posso sair a qualquer momento da presente pesquisa.

Assinatura do(a) Entrevistado(a): _____

Assinatura do(a) Pesquisador(a): _____

Telefone de contato do pesquisador responsável:

Marcelo Pio de Almeida Fleck – 30242091/ 84112180

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__

ANEXO 3

Escala de Impressão Clínica Global (CGI)

ICG / PRÉ-ECT

DATA: ____ / ____ / ____

Considerando sua experiência com este tipo de problema, qual o grau de severidade da doença deste paciente no momento? ()

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| (1) Normal, não está doente | (5) Acentuada |
| (2) Muito leve | (6) Grave |
| (3) Leve | (7) Extremamente grave |
| (4) Moderada | |

ICG / PÓS-ECT

DATA: ____ / ____ / ____

Considerando sua experiência com este tipo de problema, qual o grau de severidade da doença deste paciente no momento? ()

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| (1) Normal, não está doente | (5) Acentuada |
| (2) Muito leve | (6) Grave |
| (3) Leve | (7) Extremamente grave |
| (4) Moderada | |

ANEXO 4

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 5

BASIS-32™

BEHAVIOR AND SYMPTOM IDENTIFICATION SCALE

Instruções ao Respondedor: Abaixo se encontra uma lista com problemas e áreas de funcionamento da vida nos quais algumas pessoas sentem dificuldades. Utilizando a escala abaixo, preencha o quadrado com a resposta que melhor descreve quanta dificuldade você vem tendo em cada área durante a **ÚLTIMA SEMANA**.

- 0 = Sem Dificuldade**
- 1 = Pouca Dificuldade**
- 2 = Moderada Dificuldade**
- 3 = Bastante Dificuldade**
- 4 = Extrema Dificuldade**

Por favor, responda a cada item. Não deixe nenhum em branco. Se existe uma área que você considere que não se aplica ao seu caso, marque *Sem dificuldade*.

NA ÚLTIMA SEMANA, quanta dificuldade você vem tendo em:

1. Administrar a vida cotidiana. (Por exemplo, chegar nos lugares na hora certa, lidar com dinheiro, tomar decisões do dia-a-dia)..... 1
2. Responsabilidades domésticas. (Por exemplo, fazer compras, cozinhar, lavar roupas, limpar, outros trabalhos)..... 2
3. Trabalho. (Por exemplo, completar tarefas, nível de desempenho, procurar/manter um emprego)..... 3
4. Escola. (Por exemplo, desempenho escolar, completar obrigações, comparecimento..... 4
5. Tempo de lazer ou atividades recreativas..... 5
6. Ajustar-se a estresses importantes da vida. (Por exemplo, separação, divórcio, mudança, novo emprego, nova escola, uma morte)..... 6
7. Relacionar-se com membros da família..... 7
8. Relacionar-se com pessoas de fora da família..... 8

POR FAVOR, VIRE A PÁGINA PARA CONTINUAR

© COPYRIGHT *McLean Hospital*, Belmont, MA.
Traduzido para o Português por MARCELO P A FLECK, MD, PhD, MARCELO T BERLIM, MD & LUCIANO R ISOLAN, MD

0 = Sem Dificuldade
1 = Pouca Dificuldade
2 = Moderada Dificuldade
3 = Bastante Dificuldade
4 = Extrema Dificuldade

- | | | |
|---|----|--------------------------|
| 9. Isolamento ou sentimentos de solidão..... | 9 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ser capaz de se sentir próximo aos outros..... | 10 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ser realista sobre si mesmo e os outros..... | 11 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Reconhecer e expressar emoções adequadamente..... | 12 | <input type="checkbox"/> |
| 13. Desenvolver independência, autonomia..... | 13 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Objetivos ou direção na vida..... | 14 | <input type="checkbox"/> |
| 15. Falta de autoconfiança, sentir-se mal consigo mesmo..... | 15 | <input type="checkbox"/> |
| 16. Apatia, falta de interesse nas coisas..... | 16 | <input type="checkbox"/> |
| 17. Depressão, desesperança..... | 17 | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sentimentos ou comportamento suicida..... | 18 | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sintomas Físicos (Por exemplo, dor de cabeça, dores, problemas de sono, dor de estômago, tontura)..... | 19 | <input type="checkbox"/> |
| 20. Medo, ansiedade ou pânico..... | 20 | <input type="checkbox"/> |
| 21. Confusão, concentração, memória..... | 21 | <input type="checkbox"/> |
| 22. Pensamentos ou crenças perturbadores ou irrealis..... | 22 | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ouvir vozes, ver coisas..... | 23 | <input type="checkbox"/> |
| 24. Comportamento maníaco, bizarro..... | 24 | <input type="checkbox"/> |
| 25. Oscilação de humor, humor instável..... | 25 | <input type="checkbox"/> |
| 26. Comportamento incontrolável, compulsivo. (Por exemplo, distúrbio alimentar, lavagem de mãos, machucar a si mesmo) | 26 | <input type="checkbox"/> |
| 27. Atividade ou preocupação sexual..... | 27 | <input type="checkbox"/> |
| 28. Tomar bebidas alcoólicas..... | 28 | <input type="checkbox"/> |
| 29. Utilizar drogas ilegais, abusar de drogas..... | 29 | <input type="checkbox"/> |
| 30. Controlar o temperamento, explosões de raiva, violência..... | 30 | <input type="checkbox"/> |
| 31. Comportamento impulsivo, ilegal ou potencialmente perigoso..... | 31 | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sentir satisfação com sua vida | 32 | <input type="checkbox"/> |

MUITO OBRIGADO.

ANEXO 6

BPRS - A

ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA – Versão Ancorada

Brief Psychiatric Rating Scale – Anchored – BPRS-A (Woerner, 1998) – tradução de Romano e Elkis (1996)

Paciente:	Número	Data
Entrevistador:		Fase
Instruções: A escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Metade desses itens (itens 3, 4, 6, 7, 13,14,16,17 e18) deve ser avaliada tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Para esses itens 0 = não observado. Os demais itens devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana).		

1. PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA

Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários). **Pontuar a partir de informação relatada (isto é, subjetiva).**

0 - Não relatado.

1 - Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.

2 - Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada, ou freqüentemente fica levemente apreensivo.

3 - Moderado: Ocasionalmente muito preocupado ou moderadamente preocupado com freqüência.

4 - Moderadamente Grave: Freqüentemente muito preocupado.

5 - Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.

6 - Muito Grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.

2. ANSIEDADE

Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. **Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente.** Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.

0 - Não relatado.

1 - Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.

2 - Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou freqüentemente se sente levemente ansioso.

3 - Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou freqüentemente se sente moderadamente ansioso.

4 - Moderadamente Grave: Freqüentemente se sente muito ansioso

5 - Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.

3. RETRAIMENTO AFETIVO

Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados déficits na expressão facial, gestualidade e tom de voz. **Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.**

0 - Não observado.

1 - Muito leve: Ex: ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.

2 - Leve: Ex.: como acima, porém mais freqüente.

3 - Moderado: Ex: demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.

4 - Moderadamente Grave: Ex: olha fixamente no chão e afasta-se do entrevistador mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.

5 - Grave: Ex: como acima, porém mais persistente e disseminado.

6 - Muito Grave: Ex: parece estar "aéreo", "nas nuvens" ou "viajando" (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com situação da entrevista (NÃO PONTUAR SE EXPLICADO PELA DESORIENTAÇÃO).

4. DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL

Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (p.ex, associações frouxas, incoerência, fuga de idéias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (p.ex: "Meus pensamentos estão voando", "Não consigo manter o pensamento", "Meus pensamentos se misturam todos"). **Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.**

	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Ex: levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.</p> <p>2 - Leve: Ex: freqüentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.</p> <p>3 - Moderado: Ex: ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infreqüente de neologismos; ou associações moderadamente frouxas.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Como acima, porém mais freqüente.</p> <p>5 - Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.</p> <p>6 - Muito Grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5.	<p>SENTIMENTOS DE CULPA</p> <p>Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.</p>
	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.</p> <p>2 - Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado; ou freqüentemente se sente levemente culpado.</p> <p>3 - Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado; ou freqüentemente se sente moderadamente culpado</p> <p>4 - Moderadamente Grave: freqüentemente se sente muito culpado.</p> <p>5 - Grave: Sente-se muito culpado a maior parte o tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.</p> <p>6 - Muito Grave: Sentimento de culpa angustiante e constante; ou delírios de culpa disseminados.</p>
6.	<p>TENSÃO</p> <p>Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (p.ex.: discinesia tardia).</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Ex: ocasionalmente agitado</p> <p>2 - Leve: Ex: freqüentemente agitado.</p> <p>3 - Moderado: Ex: agita-se constantemente ou freqüentemente. Torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: agita-se constantemente. Torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>5 - Grave: Ex: não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.</p> <p>6 - Muito Grave: anda de maneira frenética.</p>
7.	<p>MANEIRISMOS E POSTURA</p> <p>Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento; não pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar freqüência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa, por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infreqüentes.</p> <p>2 - Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro, por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente.</p> <p>3 - Moderado: Ex: adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Como acima, porém mais freqüente, intenso ou disseminado.</p> <p>5 - Grave: Como acima, porém mas freqüente, intenso ou disseminado.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>
8.	<p>IDÉIAS DE GRANDEZA</p> <p>Auto-Estima (autoconfiança) exagerada, ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. Não pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (p. ex.: "sou o pior pecador do mundo", "todo o país está tentando me matar") a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se o paciente nega talentos, poderes, etc, mesmo que ele afirme que outros digam que ele possui estas qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Ex: è mais confiante que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>2 - Leve: Auto-estima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>3 - Moderado: Auto-estima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).</p> <p>5 - Grave: Ex: um único, ou claros delírios/ sistema delirantes ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: como acima, mas a quase-totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
9.	<p>HUMOR DEPRESSIVO</p> <p>Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, "estar na fossa", etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>

	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.</p> <p>2 - Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido, ou freqüentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>3 - Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido, ou freqüentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Freqüentemente se sente muito deprimido</p> <p>5 - Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.</p> <p>6 - Muito Grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10.	<p>HOSTILIDADE</p> <p>Animosidade, desprezo, agressividade, desdenho por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.</p>
	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>2 - Leve: Freqüentemente sente um pouco de raiva, ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>3 - Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva; ou freqüentemente sente raiva moderada.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Freqüentemente sente muita raiva.</p> <p>5 - Grave: Atuou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>6 - Muito Grave: Atuou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11.	<p>DESCONFIANÇA</p> <p>Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação a paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais referentes a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>2 - Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>3 - Moderado: Desconfiança mais freqüente; ou idéias de referência passageiras.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Desconfiança disseminada; ou idéias de referência freqüentes.</p> <p>5 - Grave: claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (p. ex. um delírio encapsulado).</p> <p>6 - Muito Grave: como acima, porém mais abrangente, freqüente, ou intenso.</p>
12.	<p>COMPORTEAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES)</p> <p>Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorrem na última semana: NÃO pontuar “vozes na minha cabeça”, ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.</p>
	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.</p> <p>2 - Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infreqüentes, ou transitórias (p. ex.: ocasionais alucinações visuais sem forma; uma voz chamando o nome do paciente).</p> <p>3 - Moderado: Como acima, porém mais freqüentes (p. ex: freqüentemente vê a cara do diabo; duas vozes travam uma longa conversa).</p> <p>4 - Moderadamente Grave: As alucinações são experienciadas/experimentadas quase todo o dia, ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>5 - Grave: Como acima e exerceu impacto moderado no comportamento do paciente (p.ex: dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>6 - Muito Grave: Como acima, com grave impacto (p.ex.: tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p>
13.	<p>RETARDAMENTO MOTOR</p> <p>Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. Não pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 - Leve: Ex conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 - Moderado: Ex: conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: conversa é arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p>5 - Grave: Ex: é difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: conversa é praticamente impossível não se move durante toda a entrevista.</p>
14.	<p>FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA</p> <p>Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com o entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. Não pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Ex: não parece motivado.</p> <p>2 - Leve: Ex: parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>3 - Moderado: Ex: monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>5 - Grave: Ex: recusa-se a responder à algumas questões.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: recusa-se a responder à maior parte das questões</p>
15.	<p>ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO/DELÍRIOS</p> <p>Gravidade de qualquer tipo de delírio – considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>

	<p>0 - Não relatado.</p> <p>1 - Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>2 - Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>3 - Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>5 - Grave: Delírios têm efeito significativo; por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus.</p> <p>6 - Muito Grave: Delírios têm impactos marcantes, por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada.</p>
16.	<p>AFETO EMBOTADO</p> <p>Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por déficits na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Ex: ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 - Leve: Ex: expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 - Moderado: Ex: como acima, porém mais intenso, prolongado ou freqüente.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características: falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada</p> <p>5 - Grave: Ex: profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17.	<p>EXCITAÇÃO</p> <p>Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 - Leve: Ex: às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 - Moderado: Freqüentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: constantemente irritadiço ou expansivo; às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5 - Grave: Ex: enfurecido ou eufórico na maior parte da entrevista.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18.	<p>DESORIENTAÇÃO</p> <p>Confusão ou falta de orientação adequada em relação às pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	<p>0 - Não observado.</p> <p>1 - Muito leve: Ex: parece um pouco confuso.</p> <p>2 - Leve: Ex: indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>3 - Moderado: Ex: indica 1992.</p> <p>4 - Moderadamente Grave: Ex: não sabe ao certo onde está.</p> <p>5 - Grave: Ex: não faz idéia onde está.</p> <p>6 - Muito Grave: Ex: não sabe quem é.</p>