

AS PSICOCIRURGIAS E A NEUROPSICOLOGIA

*Jamile Carneiro

*Luisa Schneider

*Natália Petitemberg

*William Justiniano

**Professor orientador: Dra. Luciana Azambuja

RESUMO

Este artigo investigou de forma geral aspectos históricos, sua perspectiva na atualidade, bem como as técnicas atuais de intervenção psicocirúrgica. Logo em seu surgimento as técnicas de psicocirurgia foram alvo de grandes escândalos e insucessos, causando uma má impressão em toda a população, o que se reflete ainda hoje; Perpassamos por alguns aspectos éticos para que se possa ter uma visão mais ampla acerca dos cuidados atuais tomados para que se realize esse procedimento em último caso e de forma que o paciente tenha o total controle sobre a decisão de permitir ou não a intervenção. Para finalizar compilamos rapidamente as quatro técnicas atualmente utilizadas principalmente para o tratamento de pacientes refratários com TOC ou transtorno de ansiedade grave. E identificamos a necessidade de este procedimento continuar evoluindo para atingirmos uma maior eficácia na sua aplicação.

Palavras chave: psicocirurgia; técnicas; tratamento; TOC

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios das psicoterapias sempre foi lidar com aqueles pacientes que não respondem positivamente ao tratamento, seja psicoterápico ou farmacológico. Com o advento dos procedimentos cirúrgicos, este cenário parecia se encaminhar para uma mudança, uma vez que a psicocirurgia facilitaria a vida destes pacientes com transtornos mentais graves. Todavia, como defende Ballone (2005), os métodos iniciais do tratamento neurocirúrgico conduziram este procedimento ao descrédito e ao fracasso, devido ao seu uso indiscriminado e conseqüentemente ao grande número de pacientes que morreram em decorrência das péssimas condições desta intervenção, a exemplo dos grandes sanatórios, que se tornaram verdadeiros centros de tortura dos “excluídos da sociedade”. Tanto que quando se fala em psicocirurgia, a maioria das pessoas ainda associa esta técnica com as lobotomias e leucotomias que eram praticadas por volta de 1935.

Não obstante a isso, esta técnica tem sofrido, ao decorrer do tempo, inúmeras interferências das diversas áreas do conhecimento, como a Bioética, Medicina e Psicologia, que se preocupam sobretudo, com a integridade moral e física do indivíduo.

*Discentes da disciplina de Neuropsicologia, do curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – Guaíba/RS.

**Docente do curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – Guaíba/RS.

Corroborando com isto, as pesquisas da neurociência têm favorecido esta intervenção com uma maior precisão das especificidades funcionais de cada área cerebral.

Assim sendo, considera-se a grande valia para os profissionais da saúde mental conhecer esta via de tratamento e os efeitos que pode promover aos indivíduos que recorrem a ela. Por envolver muitas restrições, aspectos éticos e ser uma área em plena expansão, é imprescindível aprofundar os conhecimentos neste tema.

2. DESDOBRAMENTO HISTÓRICO

Podemos considerar a trepanação como a cirurgia neurológica mais antiga, com achados arqueológicos de crânios perfurados, desde o período neolítico. Este procedimento tinha como objetivo espantar maus espíritos e demônios, que atormentavam o comportamento dos antigos pacientes, causando a loucura e doença do cérebro (NETO, 2011; SABBATINI, 1997).

O cérebro sempre foi um órgão considerado “proibido” para estudos, por não se ter o conhecimento detalhado da anatomia e da correlação funcional precisa. Com a descoberta de que certas partes do cérebro são responsáveis pelo temperamento, fala, emoções e intelecto, a “porta” para psicocirurgia começava a se abrir. Em 1935, o neurologista português Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, após observações clínicas em hospitais, a familiaridade com a ideia de plasticidade cerebral, estudo sobre o caso de Phineas Gage, e estudos decorrentes de uma cirurgia realizada em chimpanzés que se tornaram dóceis e passivos após a retirada dos lobos frontais, juntamente com seu assistente Almeida Lima, realizou a primeira cirurgia em pacientes psicóticos. (NETO, 2011; SABBATINI, 1997; MASIERO, 2003).

Egas Moniz, seu assistente Lima, e os neurologistas Walter Freeman e James Watts criaram duas técnicas que eram aplicadas a fim de conseguir uma modificação comportamental ou eliminar sintomas psicóticos, chamadas lobotomia e leucotomia. A leucotomia refere-se ao corte da substância branca, enquanto a lobotomia seria a secção de todo um lobo. (NETO, 2011; SABBATINI, 1997; MASIERO, 2003).

A psicocirurgia foi então, introduzida como uma opção de tratamento para doença mental severa. Seu aspecto polêmico faz com que tenha períodos de aprovação eufórica e outros de rejeição pela classe médica e pela sociedade leiga. (BALLONE, 2005)

Em 1949 Egaz Moniz ganhava o prêmio Nobel de Medicina por causa de sua inovadora técnica cirúrgica chamada lobotomia pré-frontal (retirada de uma parte do lobo frontal do cérebro), indicada para alguns transtornos mentais graves e de difícil controle. Essa técnica frequentemente deixava sequelas cognitivas e de personalidade devastadoras, impregnando definitivamente o raciocínio de leigos em medicina sobre esses procedimentos. (BALLONE, 2005)

Em 1954, com a descoberta e introdução de clorpromazina para o tratamento psiquiátrico, o controle satisfatório da doença psiquiátrica tornou-se positivo. Essa disponibilidade da medicação psicotrópica, mais os efeitos colaterais da psicocirurgia realizada até então, e mesmo seu uso excessivo e sem critérios nas décadas anteriores levaram ao abandono quase completo da cirurgia para doença mental. (BALLONE, 2005).

2.1 As psicocirurgias na atualidade

Atualmente, as psicocirurgias são feitas, mas com muitas restrições. O foco deste tipo de intervenção é voltado para aqueles pacientes que não correspondem mais às intervenções da psicoterapia nem as interferências dos fármacos. Ou seja, casos extremamente graves que comprometem e incapacitam totalmente o indivíduo. Entretanto a intervenção cirúrgica só pode ser realizada mediante a comprovação dos efeitos positivos que serão decorrentes dela.

[...] alguns pacientes deixam de responder adequadamente a todas as intervenções terapêuticas existentes e continuam gravemente incapacitados. Para esses pacientes, a intervenção cirúrgica poderia ser considerada apropriada se o nível global de funcionamento pudesse ser melhorado. (Cosgrove, 2003, pg. 2)

Segundo Cosgrove (2003), todo o processo de descoberta das bases biológicas das doenças mentais facilitou, com o decorrer do tempo, e continua facilitando maior precisão para a realização das psicocirurgias. Uma vez descoberta a "origem" das doenças mentais, ou seja, a área específica do cérebro onde ela está localizada, a precisão da intervenção cirúrgica será ainda mais precisa e eficaz, uma

vez que esse tipo de tratamento consiste em romper o tecido cerebral comprometido com o objetivo de reduzir os sintomas dos transtornos mentais. Conforme a Organização Mundial da Saúde, a psicocirurgia é o campo da neurocirurgia voltado à remoção cirúrgica seletiva e/ou destruição de vias neurais, com a finalidade de modificar ou influenciar certos comportamentos (NETO, 2011).

Este procedimento, além de questões emocionais e sociais, envolve dilemas éticos. A começar pela ambiguidade do tema, pois trata-se de um recurso terapêutico mas também refere-se a um procedimento experimental. Ainda neste sentido, surgem os desafios de apresentar documentos que comprovem que foram utilizados, sem efeito, todos os procedimentos não invasivos possíveis, que não são obrigatórios por enquanto, fazendo com que esta questão torne os procedimentos psicocirúrgicos, muitas vezes, utilizados sem a devida necessidade. (BOMBARDA, ALVES E BACHESCHI, 2004)

Conforme Bombarda, Alves e Bacheschi (2004), baseado nisso, o Conselho Federal de Medicina ampara-se em duas resoluções para a realização das psicocirurgias. A primeira é fundamentada nas normas da ONU de 17/12/1991, que prevê 25 princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, onde a psicocirurgia é englobada no princípio 11, que determina o consentimento para o tratamento por parte do paciente e a comprovação por parte de um corpo externo de profissionais que garantam que esse tratamento é o que melhor atende à saúde do usuário. Já a segunda especifica estes princípios e assegura que o consentimento do paciente não pode ser substituído pela aprovação de um corpo de revisão.

3. PRINCIPAIS TÉCNICAS

Atualmente os procedimentos psicocirúrgicos são realizados através da técnica estereotáxica, método minimamente invasivo, que indica a localização precisa da área do cérebro a ser lesada. A estereotaxia é guiada por técnicas de imagens, como a ressonância magnética (RM) ou a tomografia computadorizada (TC), e auxiliada pela fixação de um halo metálico no crânio do paciente, que possui um sistema de coordenadas multidimensionais (MESQUITA et al., 2008)

Existem diferentes técnicas estereotáxicas, como a cingulotomia anterior, a capsulotomia anterior, a tractotomia do subcaudado e a leucotomia límbica. O que

varia em cada um destes procedimentos é o ponto que será o alvo cirúrgico. Atualmente, todos estes procedimentos são realizados bilateralmente e envolvem a desconexão de um ou mais circuitos límbicos; a anestesia é local, com leve sedação. Todas estas técnicas podem ser usadas para o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) refratário, bem como estados crônicos de ansiedade e depressão. (NASSER, 2002; COSGROVE, 2003).

Estes quatro tipo de procedimentos diferem em relação a área que visam lesar, propondo que a partir da lesão ocorra uma espécie de correção cerebral, objetivando não a cura, mas sim uma melhora na qualidade de vida e funcionamento do paciente (NASSER, 2002).

3.1 Cingulotomia

A cingulotomia anterior é realizada na porção anterior do giro do cíngulo, produzindo lesões térmicas por radiofrequência. Esta técnica resulta em uma lesão de 2cm de altura e 8mm a 10mm de diâmetro. Segundo estudo de Ballantine, citado por Cosgrove, há uma demora para o início do efeito benéfico após a cingulotomia, chegando a um período de 3 a 6 meses, onde cerca de 64% dos pacientes com depressão maior e 33% dos pacientes com TOC apresentam uma melhora significativa. Os pacientes que apresentam transtornos afetivos respondem melhor ao tratamento do que aqueles com TOC, e aproximadamente 40% deles exigirão mais de um procedimento cirúrgico. (NASSER, 2002; COSGROVE, 2003).

3.2 Capsulotomia

A capsulotomia anterior é executada na área cerebral chamada cápsula interna, que liga o cérebro ao resto do sistema nervoso. Consiste na lesão de porções do terço anterior da cápsula interna. Este procedimento pode ser realizado mediante a radiofrequência, que seria a neurocirurgia convencional, ou pela radiocirurgia por Gamma Knife, a qual evita a abertura do crânio, tem grande precisão e baixa exposição à radiação do tecido cerebral adjacente. Cosgrove cita um estudo de Mindus, onde 137 pacientes (64%), de 362, apresentaram resultado satisfatório após o procedimento, sendo a melhora mais significativa daqueles pacientes com depressão e TOC. (NASSER, 2002; MESQUITA, 2008; LOPES et al.2004)

3.3 Tractotomia do subcaudado

A tractotomia do subcaudado visa realizar uma lesão na região da substância inominata, precisamente abaixo da cabeça do núcleo caudado, interrompendo a comunicação (os tratos de substância branca) entre o córtex orbitofrontal com as estruturas subcorticais (tálamo, hipotálamo e amígdalas). Segundo Cosgrove, as primeiras revisões pós-procedimento cirúrgico revelam bons resultados em 68% dos casos de pacientes que sofriam de depressão e 50% dos que pacientes com TOC. É importante ressaltar que pacientes portadores de esquizofrenia, transtorno de personalidade, abuso de substâncias psicoativas ou de álcool, não apresentaram resultados positivos. (RÓZ et al.2011; COSGROVE, 2003).

3.4 Leucotomia límbica

A leucotomia límbica consiste em uma combinação entre a cingulotomia e a tractotomia do subcaudado, sendo o tipo de cirurgia menos utilizado. Nesta cirurgia, criam-se lesões de 6mm no quadrante medial inferoposterior de cada lobo frontal, provocando rompimento com conexões frontolímbicas. Após, fazem-se duas lesões em cada giro do cíngulo, impedindo conexões com o Circuito de Papéz. Como em outros processos de intervenção cirúrgica a melhora não se dá de forma imediata, mas sim progressivamente. Segundo um estudo publicado por Cosgrove, observou-se que houve melhora clínica em 89% dos pacientes com TOC, 66% dos casos de ansiedade crônica e 78% dos casos de depressão maior (RÓZ et al.2011; COSGROVE, 2003).

As alterações neurológicas que aparecem após estas neurocirurgias são, na maioria das vezes, convulsões isoladas, hemorragia intracerebral, cefaleia, aumento de peso, cansaço, marcha instável, tonturas, confusão, retenção urinária, acentuação de traço de personalidade indesejável (LOPES et al.2004; COSGROVE, 2003).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o método de intervenção psicocirúrgico vem a se tornar um grande aliado tanto do paciente refratário quanto da equipe médica que o acompanha, pois visa propiciar ao indivíduo uma melhor qualidade de vida.

Por outro lado verificou-se ser um método que precisa ser minimamente avaliado antes de ser aplicado, valendo-se de caso a caso não existindo um padrão específico para realização da intervenção cirúrgica. Por representar alto índice de risco ao paciente e possuir uma história carregada de insucessos e erros torna-se alvo de grande insegurança mesmo em casos que é a melhor opção de tratamento.

Acreditamos ser uma área que já evoluiu muito, principalmente em questões do rigor para sua aplicação e métodos. E confiando na evolução científica, esperamos que continue o desenvolvimento de exames, e que estes proporcionem cada vez mais a precisão das áreas cerebrais para que então, diminuam-se os riscos e elevem-se os índices de sucessos nas intervenções alcançando um número maior de pacientes que precisam deste auxílio para poderem ter uma vida digna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Da RÓZ, L. M. et al. **Psicocirurgia para tratamento de transtorno obsessivo compulsivo.** Arq. Bras. Neurocir 30(3): 120-8, 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2011/v30n3/a2705.pdf>> Acesso em 13 de Maio de 2015.

NETO, A. R. S. **História das cirurgias para transtornos mentais - psicocirurgia . Dilemas Éticos.** Outubro de 2011. Disponível em <<http://www.neuronrn.com.br/artigo/28/historia-das-cirurgias-para-transtornos-mentais-psicocirurgia-dilemas-eticos>> Acesso em 06 de Maio de 2015.

MESQUITA, A. M. et al. **Capsulotomia anterior e cingulotomia anterior para o tratamento do transtorno obsessivo compulsivo.** Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Outubro de 2008. Disponível em <http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/Informe_ANS_n03.pdf ?> Acesso em 13 de Maio de 2015.

NASSER, J. A. **A Herança da lobotomia.** Revista Galileu, Medicina e Saúde. Edição 187, Fevereiro 2007. Disponível em <<http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT669589-1940-3,00.html>> Acesso em 12 de Maio de 2015.

BALLONE, G. J. **Psicocirurgia ou Cirurgia Psiquiátrica.** PsiqWeb, Internet, revisto em 2005. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/>> Acesso em 15 de Maio de 2015.

LOPES, A. C. et al. **Atualização sobre o tratamento neurocirúrgico do transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 26, n. 1, p. 62-66, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100015&lng=en&nrm=iso> Acesso: 13 de Maio de 2015.

BOMBARDA, J. M., ALVES, L. C. A. e BACHESCHI, L. A. **Psicocirurgia: a busca de um equilíbrio ético**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), pp. 6-7. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n1/a04v26n1.pdf>> Acesso em 18 de Maio de 2015.

COSGROVE, G. R. **Cirurgia Para Distúrbios Psiquiátricos**. MD, FRCS(C). NeuroPsicoNews - Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas – SBIPM. 2003. Disponível em <<http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/cirurgia.htm>> Acesso em 15 de Maio de 2015.

MASIERO, A. L. **A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000200004&script=sci_arttext> Acesso em 06 de Maio de 2015.

SABBATINI, R. M. E. **A História da Psicocirurgia**. Revista Cérebro & Mente. Junho de 1997. Disponível em <http://www.cerebromente.org.br/n02/historia/trepan_p.htm> Acesso em 15 de Maio de 2015.