



TJCE
Tribunal de Justiça
do Estado do Ceará



NAT-JUS
Núcleo de Apoio
Técnico ao Judiciário

NOTA TÉCNICA Nº 192

Solicitante: Juíz da 9ª Vara da Fazenda Pública

Número do processo: 0178310-
56.2018.8.06.0001

Data: 27/12/2018

Medicamento	
Material	
Procedimento	X
Cobertura	

SUMÁRIO

TÓPICO	Pág
1. Tema	2
2. Considerações teóricas	2
3. Eficácia do medicamento	3
4. Evidências científicas	3
5. Dos Riscos	5
6. Dos tratamentos disponibilizados pelo SUS	5
7. Sobre a liberação na ANVISA	6
8. Sobre a incorporação pela CONITEC	6
9. Do fornecimento da medicação/procedimento pelo SUS	7
10. Sobre a presença de diretriz clínica do Ministério da Saúde ou de órgão público	7
11. Custo da medicação/procedimento	8
12. Conclusões	9
13. Respostas aos questionamentos	9
14. Referências	11



NOTA TÉCNICA RÁPIDA

1) Tema:

Uso de cirurgia ressectiva para epilepsia em paciente adulto jovem resistente ao tratamento farmacológico.

2) Considerações teóricas

Trata-se de nota técnica (NT) rápida (versão reduzida e mais simples por se tratar de medicação(ões)/tratamento(s)/procedimento(s) de indicação e critérios estabelecidos na literatura).

A epilepsia é uma doença que se caracteriza por uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais destas crises. A epilepsia está associada a uma maior mortalidade (risco de acidentes e traumas, crises prolongadas e morte súbita), a um risco aumentado de comorbidades psiquiátricas (sobretudo depressão e ansiedade) e também a inúmeros problemas psicossociais (perda da carteira de habilitação, desemprego, isolamento social, efeitos adversos dos fármacos, disfunção sexual e estigma social). Uma crise epilética é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas clínicos secundários a uma atividade neuronal anormal excessiva ou sincrônica.

A definição de epilepsia requer a ocorrência de pelo menos uma crise epilética. Do ponto de vista prático, a epilepsia pode ser definida por uma das seguintes condições:

- Ao menos duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com intervalo maior que 24 horas;
- Uma crise não provocada (ou reflexa) e probabilidade de novas crises ocorrerem nos próximos 10 anos, similar ao risco de recorrência geral (pelo menos 60%) após duas crises não provocadas;
- Diagnóstico de uma síndrome epilética.

Estima-se que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5% a 1,0% da população. A prevalência da epilepsia difere com as diferentes idades, gêneros, grupos étnicos e fatores socioeconômicos. Nos países desenvolvidos, a prevalência da epilepsia aumenta proporcionalmente com o aumento da idade, enquanto nos países em desenvolvimento geralmente atinge picos na adolescência e idade adulta. A probabilidade geral de um indivíduo ser afetado pela epilepsia ao longo da vida é de cerca de 3%. No Brasil, Marino e colaboradores encontraram uma prevalência da doença de 11,9/1.000 na Grande São Paulo, enquanto Fernandes e colaboradores descreveram 16,5 indivíduos com epilepsia ativa para cada 1.000 habitantes em Porto Alegre. Num levantamento porta-a-porta realizado em três áreas de duas cidades do Sul do Brasil, Noronha e colaboradores encontraram uma prevalência de epilepsia ativa de 5,4/1.000 habitantes. A prevalência foi maior em classes sociais menos favorecidas (7,5/1.000) e em idosos (8,5/1.000). Este estudo apurou ainda uma grande lacuna no tratamento da epilepsia nas áreas estudadas, com mais de 1/3 dos indivíduos com epilepsia em tratamento inadequado.

O objetivo do tratamento da epilepsia é propiciar a melhor qualidade de vida possível para o paciente, pelo alcance de um adequado controle de crises, com um mínimo de efeitos



adversos, buscando, idealmente, uma remissão total das crises. Os fármacos antiepilépticos são a base do tratamento da epilepsia. Os tratamentos não medicamentosos são viáveis apenas em casos selecionados, e são indicados após a falha dos antiepilépticos.

3) Eficácia do medicamento

Não se aplica.

4) Evidências científicas

Mesmo utilizando fármacos adequados para o tipo específico de crise, um controle insatisfatório ocorre em cerca de 15% dos pacientes com epilepsia focal, sendo estes candidatos a tratamento cirúrgico da epilepsia, ou ainda, num segundo momento, se indicado, a tratamento de estimulação do nervo vago.

As indicações de cirurgia da epilepsia são respaldadas por dois ensaios clínicos randomizados seminais. A cirurgia é considerada em pacientes com crises epiléticas focais resistentes aos medicamentos, descontroladas e incapacitantes, **e se as crises são originárias de uma região que pode ser removida com um risco inexistente ou mínimo de causar alguma disfunção neurológica ou cognitiva**. Existem situações específicas, nas quais claramente o prognóstico do tratamento cirúrgico é mais favorável que o prognóstico do tratamento medicamentoso, e que merecem, no mínimo, uma avaliação pré-cirúrgica em centros especializados. São elas: epilepsia do lobo temporal com esclerose hipocampal, hamartoma hipotalâmico, tumores glioneurais, displasias corticais focais, angioma cavernoso. Algumas doenças podem ser tratadas cirurgicamente, dependendo do resultado da avaliação pré-cirúrgica: esclerose tuberosa, síndrome de Sturge-Weber, lesões isquêmicas congênitas unilaterais, hemimegalencefalia e síndrome de Rasmussen.

O NICE (Instituto Nacional para Saúde e Cuidados de Excelência) recomenda que crianças, jovens e adultos cujas convulsões não sejam controladas ou em quem o tratamento é inapropriado devem ser encaminhados para serviços terciários brevemente para avaliação. **O encaminhamento deve ser considerado quando 1 ou mais dos seguintes critérios estão presentes:**

- a epilepsia não é controlada com medicação dentro de 2 anos
- a gestão não é bem sucedida após 2 medicamentos
- a criança tem menos de 2 anos
- uma criança, jovem ou adulto que experimenta, ou está em risco de, efeitos colaterais inaceitáveis com uso da medicação
- existe uma lesão estrutural unilateral
- existe comorbidade psicológica e / ou psiquiátrica
- existe dúvida diagnóstica quanto à natureza das convulsões e / ou síndrome de convulsão.



TJCE
Tribunal de Justiça
do Estado do Ceará



NAT-JUS
Núcleo de Apoio
Técnico ao Judiciário

O serviço terciário deve incluir uma equipe multidisciplinar, experiente na avaliação de pacientes com epilepsia complexa, e ter acesso adequado a investigações e tratamento por meios médicos e cirúrgicos.

Um estudo randomizado, controlado, de grupos paralelos, baseado nos EUA, de Engel et al. (2012) investigou se a cirurgia logo após 2 medicações que não tiveram sucesso no controle da epilepsia é melhor em reduzir a frequência de crises do que o gerenciamento médico continuado.

O estudo identificou pacientes com epilepsia do lobo temporal-mesial com convulsões incapacitantes por um período não superior a 2 anos e que tentaram 2 medicamentos anteriormente.

Os participantes foram aleatoriamente designados para receber cirurgia (ressecção temporal anteromesial) e tratamento medicamentoso ou tratamento medicamentoso sozinho, e foram seguidos a cada 3 meses até 24 meses. O tratamento medicamentoso pode incluir múltiplos medicamentos e foi monitorado por um painel independente de farmacologistas clínicos que foram cegos para estudar a atribuição de grupo.

O desfecho primário foi a liberdade de convulsões incapacitantes durante o segundo ano de acompanhamento.

Nos 16 centros de estudo, 38 pacientes foram randomizados após avaliação pré-cirúrgica: 15 ao grupo de cirurgia (14 dos quais receberam cirurgia) e 23 ao grupo de tratamento medicamentoso (16 que receberam apenas tratamento medicamentoso e 7 dos quais receberam cirurgia). A alocação foi cega. Em uma análise de intenção de tratar, os pacientes do grupo de cirurgia foram significativamente mais beneficiados do que aqueles no grupo de tratamento de drogas para estar livre de convulsões durante o segundo ano do estudo (73% versus 0%, OR = ∞ , 95% IC 11,8 para ∞ , $p < 0,001$).

O grupo também apresentou um aumento maior na QVRS do que aqueles no grupo de tratamento com drogas em 6, 12 e 18 meses ($p < 0,009$), embora a diferença não tenha sido significativa aos 2 anos.

Limitações da evidência incluem que:

- Um tamanho de amostra de 200 participantes foi planejado, mas apenas 76 pacientes em potencial foram identificados durante 2 anos de recrutamento (38 dos quais foram randomizados).
- Os 2 grupos de tratamento diferiram em idade média e sexo no início do estudo. Média de idade entre pacientes no grupo de cirurgia foi 6,6 anos maior do que no grupo de tratamento de drogas, e apenas um quarto (26,7%) dos pacientes do grupo de cirurgia eram do sexo masculino, quase dois terços (60,9%) dos pacientes no grupo de tratamento medicamentoso.
- Quase um terço (7/23, 30%) do grupo de tratamento medicamentoso recebeu cirurgia.
- Nem os investigadores do estudo nem os participantes foram cegados quanto ao tratamento recebido.
- O estudo tinha critérios de inclusão rigorosos e foi realizado nos centros de epilepsia do nível 4, que fornecem o nível mais alto de cuidados de epilepsia nos EUA (como formas complexas de monitorização neurodiagnóstica intensiva). Os resultados não



podem, portanto, ser generalizáveis a pacientes com epilepsia do lobo temporal que não satisfazem os critérios de inclusão ou que não consigam fazer a cirurgia em centros de epilepsia de nível semelhante.

As evidências sugerem que o tratamento cirúrgico precoce em pacientes com epilepsia refratária comparado ao tratamento com 2 medicamentos pode oferecer melhor controle das convulsões do que a terapia medicamentosa em andamento.

5) Dos Riscos

Embora a maioria dos estudos não mencione efeitos adversos importantes além do risco cirúrgico inerente, a ocorrência de déficits motores sensoriais ou cognitivos, incluindo linguagem ou memória, deve ser considerada e um consentimento informado deverá ser obtido de todos os pacientes ou responsáveis antes do tratamento.

6) Dos tratamentos disponibilizados pelo SUS

O SUS disponibiliza os medicamentos abaixo para o tratamento da Epilepsia:

1. Ácido valproico (valproato de sódio): comprimidos ou cápsulas de 250 mg, comprimidos de 500 mg e solução e xarope de 50 mg/mL. Dose inicial: 250 mg/dia. Escalonamento: 250 mg/dia a cada 3 dias. Dose máxima: 3.000 mg/dia. Intervalo de dose: 2 administrações/dia. 28 Intolerância gástrica significativa (menor com o uso de valproato de sódio). Tomar após alimentação
2. Carbamazepina: comprimidos de 200 e 400 mg, suspensão oral de 20 mg/mL. Dose inicial: • Adultos: 200 mg/dia. • Crianças de 6 a 12 anos: 100 mg/dia. • Crianças abaixo de 6 anos: 5-10 mg/kg/dia. Escalonamento: • Adultos: 200 mg/dia/semana. • Crianças de 6 a 12 anos: 100 mg/dia/semana. • Crianças com menos de 6 anos: 5-10 mg/kg/dia/semana. Dose máxima: • Adultos: 1.800 mg/dia. • Crianças de 6 a 12 anos: 600-1.000 mg/dia. • Crianças com menos de 6 anos: 35 mg/kg/dia. Intervalo de dose: se não for a formulação de liberação lenta, tem de ser utilizada 3 a 4 vezes ao dia, após alimentação.
3. Clobazam: comprimidos de 10 e 20 mg Dose inicial: 5-10 mg/dia. Escalonamento: 5 mg/dia/semana. Dose máxima: 40 mg/dia. Intervalo de dose: 1 a 2x/dia
4. Clonazepan: solução oral (2,5 mg/ml). Dose inicial: 0,25 mg/dia (crianças de 2 a 12 anos: 0,01 mg/kg/dia). Escalonamento: 0,25 mg/dia/semana (crianças: 0,1-0,2 mg/kg/dia/semana). Dose máxima: 10 mg/dia. Intervalo de dose: 1-2 administrações/dia.
5. Etossuximida: xarope de 50 mg/mL. Dose inicial: 250 mg/dia. Escalonamento: 250 mg/dia/semana. Dose máxima: 1.500 mg/dia. Intervalo de dose: 2-3 administrações/dia.
6. Fenitoína: comprimidos de 100 mg, suspensão oral 20 mg/mL. Dose inicial: 100 mg/dia. Escalonamento: 100 mg/dia/semana. Dose máxima: 500 mg/dia. Intervalo de dose: 1-2 administrações.
7. Fenobarbital: comprimidos de 100 mg e solução oral 40 mg/mL. Dose inicial: 50 mg/dia. Escalonamento: 50 mg/dia/semana. Dose máxima: 300 mg/dia. Intervalo de dose: dose única diária.
8. Gabapentina: cápsulas de 300 e 400 mg. Dose inicial: 15 mg/kg/dia ou máximo de 300 mg/dia. Escalonamento: 300 mg/dia (15 mg/kg/dia). Dose máxima: 3.600 mg/dia (50-100 mg/kg/dia). Intervalo de dose: 3 administrações/dia.



TJCE
Tribunal de Justiça
do Estado do Ceará



NAT-JUS
Núcleo de Apoio
Técnico ao Judiciário

9. Lamotrigina: comprimidos 25, 50 e 100 mg. • Monoterapia: Dose inicial: 25 mg/dia por 2 semanas; 50 mg/dia por mais 2 semanas. Escalonamento: 50-100 mg a cada 1-2 semanas. Dose máxima: 500 mg/dia (1-5 mg/kg/dia). Intervalo de dose: 2 a 3 tomadas reduzem efeitos adversos de pico de dose. • Terapia adjuvante com ácido valproico: Dose inicial: 25 mg a cada 2 dias por 2 semanas (0,15 mg/kg/dia); 25 mg/dia por mais 2 semanas (0,3 mg/kg/dia). Escalonamento: 25-50 mg a cada 1-2 semanas (0,3 mg/kg). Dose máxima: 500 mg/dia (1-5 mg/kg/dia). Intervalo de dose: 2 a 3 tomadas reduzem efeitos adversos de pico de dose. • Terapia adjuvante com fármacos antiepilépticos indutores enzimáticos: Dose inicial: 50 mg/dia por 2 semanas (0,6 mg/kg/dia); 100 mg/dia por mais 2 semanas (1,2 mg/kg/dia). Escalonamento: 100 mg a cada 1-2 semanas (1,2 mg/kg). Dose máxima: 700 mg/dia (5-15 mg/dia). Intervalo de dose: 2 a 3 tomadas reduzem efeitos adversos de pico de dose.
10. Levetiracetam: comprimidos de 250 e 750 mg; solução oral 100 mg/mL – frascos de 150 mL. Dose inicial: 500 mg 2 vezes ao dia. Escalonamento: 500 mg/semana. Dose máxima: 3000 mg/dia. Intervalo de dose: 2 administrações ao dia.
11. Primidona: comprimidos de 100 e 250 mg. Dose inicial: 100 mg/dia. Escalonamento: 100 mg/dia/semana. Dose máxima: 750 mg/dia. Intervalo de dose: 3 administrações/dia.
12. Topiramato: comprimidos 25, 50 e 100 mg. • Adultos: Dose inicial: 25 mg/dia. Escalonamento: 25-50 mg/semana. Dose máxima: 400 mg/dia. Intervalo de dose: 2 administrações/dia. • Crianças e adolescentes de 6 a 16 anos: Dose inicial: 1-3 mg/kg/dia. Escalonamento: 1-3 mg/kg/semana. Dose máxima: 9 mg/kg/dia ou 250 mg/dia. Intervalo de dose: 2 administrações/dia. 30 • Crianças de 2-6 anos: Dose inicial: 0,5-1 mg/kg/dia. Escalonamento: 1-3 mg/kg/semana. Dose máxima: 9 mg/kg/dia ou 100 mg/dia. Intervalo de dose: 2 administrações/dia. Nota: Em pacientes com insuficiência renal recomenda-se utilizar a metade da dose.
13. Vigabatrina: comprimidos de 500 mg. Dose inicial: 500 mg/dia. Escalonamento: 500 mg/semana. Dose máxima: 3.000 mg/dia (150-200 mg/kg/dia) Intervalo de dose: 1 a 2 administrações/dia.

Além disso, são ofertados pelo SUS o **tratamento cirúrgico**, Estimulação do nervo vago (ENV) e Dieta cetogênica.

7) Sobre a liberação pela ANVISA

Não se aplica.

8) Sobre a incorporação pela CONITEC

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC-SUS é um órgão criado pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 7.646 de 21 de Dezembro de 2011, tendo por finalidade assessorar o Ministério da Saúde no processo de incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, o que antes era o que antes era feito pela extinta Comissão de feito pela extinta Comissão de Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde, antiga e inexistente CITEC/MS. antiga e inexistente CITEC/MS. TEC/MS.

A CONITEC emitiu a PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018, em que a cirurgia para epilepsia foi incorporada, sendo considerada em pacientes com crises epiléticas focais resistentes aos medicamentos, descontroladas e incapacitantes, e se as crises são originárias de



uma região que pode ser removida com um risco inexistente ou mínimo de causar alguma disfunção neurológica ou cognitiva.

9) Do fornecimento da medicação/tratamento pelo SUS

A cirurgia de epilepsia é fornecida pelo SUS, estando codificada no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS dentro dos grupos 04 - Procedimentos cirúrgico; 03 - Cirurgia do sistema nervoso central e periférico; 06 - Investigação e cirurgia da epilepsia, sendo mais frequentemente atribuídos a esta, conforme o mesmo sistema, os códigos:

0403060036 - MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO;

0403060044 - MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO;

0403060052 - MICROCIRURGIA PARA LOBECTOMIA TEMPORAL / AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA SELETIVA;

0403060060 - MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA;

0403060079 - MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO;

0403060087 - MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATORIO;

0403060095- TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MULTIPLAS EM AREAS ELOQUENTES.

10) Sobre a presença de diretriz clínica do Ministério da Saúde ou de órgão público

A PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia orienta o tratamento da epilepsia e diz que a cirurgia deve ser considerada em pacientes com crises epilêpticas focais resistentes aos medicamentos, descontroladas e incapacitantes, e se as crises são originárias de uma região que pode ser removida com um risco inexistente ou mínimo de causar alguma disfunção neurológica ou cognitiva.

Já a PORTARIA Nº 50, DE 11 DE ABRIL DE 1997, do Ministério da Saúde, define que somente deverão ser considerados candidatos cirúrgicos, pacientes epilêpticos com intratabilidade clínica comprovada. A possibilidade, ainda que remota, da ocorrência de déficit motores, sensoriais ou cognitivos, incluindo linguagem ou memória, deve ser considerada e um consentimento informado deverá ser obtido de todos os pacientes ou responsáveis.

1- PARA LOBECTOMIA TEMPORAL

a) Padrão semiológico de crises parciais simples e/ou complexas compatíveis com origem em estruturas do lobo temporal (conforme Classificação da ILAE de Epilepsias e Síndrome Epilêpticas de 1989), com ou sem generalização secundária.

- b) **Atividade epileptogênica interictal ou ictal em estruturas do lobo temporal unilateral ou predominantemente unilateral.**
- c) Convergência de localização no lobo temporal dos dados eletrográficos, clínicos, de neuroimagem e neuropsicológico.

2- PARA RESSECÇÃO EXTRATEMPORAL

- a) Padrão de crises parciais compatíveis com origem neocortical extratemporal (conforme Classificação da ILAE de Epilepsias e Síndrome Epilépticas de 1989), com ou sem generalização secundária.
- b) **Atividade epileptogênica interictal e ictal localizada em área extratemporal.**
- c) Convergência de localização extratemporal dos dados eletrográficos, clínicos, de neuroimagem e neuropsicológico.

3- PARA RESSECÇÕES MULTILOBARES OU HEMISFERECTOMIA

- a) Hemiplegia ou hemiparesia acentuada (na presença de mão não funcionante).
- b) Síndrome epilética hemisférica difusa.

4- PARA CALOSOTOMIAS

- a) Epilepsias generalizadas secundárias ou multifocais.
- b) **Atividade eletroencefalográfica generalizada ou multifocal, com crises tônicas, ausências atípicas, mioclônicas e tônico-clônicas generalizadas.**
- c) Impossibilidade da alternativa de ressecção cortical focal.

11) Custo da medicação/tratamento

Tabela do SUS:

	SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS dezembro/2018		
	Serviço Hospitalar:	Serviço Profissional	Total Hospitalar
Procedimento			
MICROCIRURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATORIO	R\$ 3.588,84	R\$ 1.535,03	R\$ 5.123,87

12) Conclusões

As evidências sugerem que o tratamento cirúrgico precoce em pacientes com epilepsia refratária comparado ao tratamento com 2 medicamentos pode oferecer melhor controle das convulsões do que a terapia medicamentosa em andamento. Entretanto, em atenção à portaria da CONITEC, os laudos de exames apresentados não permitem identificar de forma inequívoca que as crises são originárias de uma região que pode ser removida com um risco inexistente ou mínimo de causar alguma disfunção neurológica ou cognitiva.

13) Respostas aos Questionamentos

- a) Há evidências científicas de eficácia do tratamento apontado para o caso em exame?
Sim.
- b) O tratamento prescrito é disponibilizado pelo SUS no Estado do Ceará? Em caso negativo, esclarecer onde – e como – ele pode ser obtido pela parte no sistema público de saúde.
Não. Conforme NOTA INFORMATIVA Nº 131/2015 do Ministério da Saúde, os locais habilitados a realizar tal tratamento são:

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO
BA	Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
DF	Brasília	Hospital de Base do Distrito Federal
GO	Goiânia	Hospital Neurológico – Instituto Neurológico de Goiânia Ltda.
MG	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
MG	Belo Horizonte	Santa Casa de Belo Horizonte - Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
MS	Campo Grande	Santa Casa - Associação Beneficente de Campo Grande
MT	Cuiabá	Hospital Geral Universitário/ Assoc. Proteção à Maternidade e a Inf.
PE	Recife	Hospital da Restauração
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron – Sociedade Hospitalar Angelina Caron
PR	Curitiba	Hospital Universitário Cajuru
PR	Curitiba	Hospital Infantil Pequeno Príncipe /Assoc. Hosp. Prot Infância Raul Carneiro
PR	Curitiba	Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná
RN	Natal	Hospital Universitário Onofre Lopes
RS	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
RS	Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUC
RS	Porto Alegre	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
RS	Porto Alegre	Hospital Cristo Redentor S.A



SP	Campinas	Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas - Universidade Estadual Campinas
SP	Limeira	Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira
SP	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto
SP	São José Rio Preto	Hospital de Base de São José do Rio Preto
SP	São Paulo	Hospital Santa Marcelina - Casa de Saúde Santa Marcelina
SP	São Paulo	Hospital das Clínicas - Fundação Faculdade de Medicina Mec Mpas
SP	São Paulo	Hospital São Paulo - Escola Paulista Medicina UNIFESP
SP	São Paulo	Hospital São Joaquim - Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência
SP	São Paulo	Santa Casa de São Paulo Hospital Central
SP	São Paulo	Hospital de Transplante do Estado de SP Euryclides de Jesus Zerbini

Outrossim, é importante salientar que, no estado do Ceará, diversas equipes realizam o procedimento, e, neste caso, poder-se-ia dar ao estado a decisão de escolha.

- c) Em caso negativo a uma das respostas acima, há tratamento alternativo disponibilizado pelo sistema público?
Sim, ver item “Dos tratamentos disponibilizados pelo SUS” acima.
- d) Havendo tratamento oficial alternativo disponibilizado localmente, esse possui a mesma eficácia daquele cuja disponibilização foi requerida nos autos?
Não.
- e) Considerando as respostas aos itens anteriores, pode-se dizer, a partir do quadro apresentado pela parte autora citada, que o tratamento prescrito e requerido judicialmente é imprescindível ao tratamento da enfermidade que a acomete e à preservação ou restauração de sua saúde e dignidade?
Não.
- f) Existem outras informações relevantes a fornecer para a solução do caso em exame?
Não.



14) Referências

1. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia**, PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018.
2. Marino R Jr, Cukiert A, Pinho E. [Epidemiological aspects of epilepsy in São Paulo: a prevalence study]. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1986; 44: 243-54.
3. Fernandes JG, Schmidt MI, Monte TL et al. Prevalence of epilepsy. The Porto Alegre Study. *Epilepsia* 1992; 33(Suppl 3): 132.
4. Noronha AL, Borges MA, Marques LH et al. Prevalence and pattern of epilepsy treatment in different socioeconomic classes in Brazil. *Epilepsia* 2007; 48: 880-5.
5. Engel J, McDermott MP, Wiebe S et al. (2012) Early surgical therapy for drug-resistant temporal lobe epilepsy: a randomized trial. *JAMA* 307: 922–30
6. Epilepsies: diagnosis and management. Clinical guideline [CG137] Published date: January 2012 Last updated: April 2018.
7. PORTARIA Nº 50, DE 11 DE ABRIL DE 1997. Ministério da Saúde. Brasil.
8. NOTA INFORMATIVA Nº 131/2015. Ministério da Saúde. Brasil.